

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

Riunione Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità
Roma, 24 gennaio 2012

Proposta di indice

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

Introduzione ed analisi della situazione: sostenibilità del sistema

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

Il **Patto per la Salute** nasce come un “accordo” tra Stato e Regioni relativo alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, a garanzia dell’equilibrio economico-finanziario, col fine di migliorare la qualità dei servizi, di promuovere l’appropriatezza delle prestazioni e di garantire l’unitarietà del sistema.

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

In particolare, le ultime manovre finanziarie hanno avuto pesanti effetti su due aspetti che rappresentano la trave portante del sistema e ne rappresentano l’elemento peculiare per la sua sostenibilità:

- 1. Finanziamento del Servizio Sanitario nazionale;**
- 2. Investimenti per l’aggiornamento strutturale e tecnologico**

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

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

La riduzione del finanziamento del SSN, e la riduzione delle risorse per gli investimenti, pongono conseguentemente due ulteriori questioni:

- **la declinazione dei LEA in rapporto al fabbisogno attuale e alla riduzione del finanziamento;**
- **l’aumento delle risorse per mezzo di ulteriori misure (ticket).**

L’ultimo testo sui LEA è stato concordato tecnicamente, tra le Regioni ed il Ministero nel giugno 2009. L’intera bozza non è tuttavia mai arrivata in sede di esame in Conferenza Stato regioni in quanto ferma presso il MEF.

La necessità di discutere dei LEA trova, in questo particolare momento, importanti ragioni. E' inevitabile supporre, infatti, che un finanziamento insufficiente possa determinare una minore erogazione delle prestazioni garantite dai LEA stessi o, per converso, una loro minore qualità. Il mantenimento degli attuali standard qualitativi e quantitativi pone pertanto la necessità di evitare il rischio che porti altre Regioni, a fronte di un finanziamento insufficiente, ad aggiungersi a quelle che attualmente sono in Piano di rientro. Si verrebbe a configurare uno scenario caratterizzato, nell'ipotesi che ciò avvenga per la maggioranza delle Regioni, da un autentico "stato di default" dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.

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

Ancor più fondamentale è il problema di come si possa attingere a risorse aggiuntive per il SSN. La normativa sui ticket si ricollega a situazioni storicamente già verificatesi e, in particolare al verificarsi dell'effetto distorsivo della compartecipazione caratterizzato da uno "shift" di prestazioni verso il settore privato, con conseguente riduzione delle risorse disponibili per le regioni" e, dall'altra, dalla riduzione all'accesso alle cure da parte delle fasce più povere della popolazione.

Questo documento delle Regioni e Province Autonome si articola nei seguenti due capitoli:

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

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

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

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

1. Farmaceutica;
2. Dispositivi medici;
3. Personale dipendente;
4. Tariffe, TUC e mobilità;
5. SSN/Università,
6. Rete ospedaliera;
7. Investimenti;
8. Piani di rientro;
9. Residenzialità socio-sanitaria extraospedaliera;
10. Strutture di ricovero sanitarie extraospedaliere

Si segnalano, inoltre, alcuni argomenti ulteriori non ricompresi nei punti precedenti che possono essere oggetto di approfondimento:

- Integrazione socio-sanitaria
- Non autosufficienza
- Abolizione della quota di Finanziamento Finalizzato del FSN (AIDS, Fibrosi cistica, ecc.) con messa a disposizione delle Regioni delle risorse dedicate nel fondo indistinto
- Ruolo delle Regioni all'interno degli Enti Vigilati del Ministero della Salute
- Visite fiscali (rideterminazione del fondo 70 mln di € a seguito del minore numero di visite al fine di ridurre la riduzione del FSN in quota parte)
- ARPA
- CROCE ROSSA
- Rapporto Territorio/Emergenza-Urgenza

Note a Introduzione ed analisi della situazione: sostenibilità del sistema

Fabbisogno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ticket

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

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

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

Piani di rientro

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

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

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

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

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

Azioni prioritarie

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

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

1) IL FABBISOGNO

Premessa

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

Ne consegue che occorre tenere almeno presente :

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

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

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

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

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

Fatta salva la valutazione sull'opportunità di considerare nel FSN destinazioni di risorse non propriamente legate ad attività sanitarie del territorio (vedi CRI) e la necessità di mettere mano al riordino delle numerose leggi che disciplinano interventi specifici (in maggiore parte già delineati nei LEA) si ritiene che predisporre un modello previsionale chiaro sia di aiuto agli Assessori e ai Presidenti.

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

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

I. RIPARTO 2012

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

d) Quota inflazione (calcolata in

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

e) Quota incremento assistenza anziani e nuove

Modalità di cura 1,3% Fondo 1.400

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

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

II. RIPARTO 2013

a) 2012	107.652	
b) + 0,5%	538	

	108.190	
c) differenza 2012	1.934	

d) +	970	tasso inflazione stimato 3,3%
diff. 3,3 -0,5 = 2,8		
		Su 32% del Fondo
e) Nuove assistenze 1,3%	1.406	
	<hr/>	
d+e	2.376	
	<hr/>	
f) c+d+e (diff. 2013)	4.310	non considera impatto IVA
		2 punti 516 milioni
	<hr/>	
TOTALE	112.500	
III. RIPARTO 2014		
a) 2013	108.190	
b) + 1,4% su 2012	1.507	
	<hr/>	
	109.697	
c) Differenza 2013	4.310	
d) inflazione	632	prevista 3,2% diff. 1,8% su
32% del Fondo		
e) nuove assistenze 1,3%	1.426	iva 2 punti 526 milioni
	<hr/>	
Totale d+e	2.058	
	<hr/>	
TOTALE	116.065	
IV. RIPARTO 2015		
a) 2014	109.697	
b) Incremento 2,2% (inflazione)	2.413	
c) Rinnovo contratti	1.350	(stima cautelativa)
d) Nuove assistenze 1,3%	1.426	
	<hr/>	
Totale b+c+d	5.189	
d) differenza 2014	6.368	
	<hr/>	
Totale b+c+d	11.131	
	<hr/>	
TOTALE	121.254	

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

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

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

2) RIORDINO CURE PRIMARIE

In relazione alla necessità condivisa di riordino del settore delle Cure Primarie, le Regioni e le Province autonome, condividendo il modello multi professionale funzionale all'erogazione dell'assistenza primaria, si impegnano ad adottare provvedimenti in merito a:

1. Realizzazione/consolidamento delle **equipe multi professionali territoriali**, anche in riferimento a quanto previsto dalle convenzioni nazionali per i professionisti convenzionati, che strutturi il coinvolgimento di tutti i professionisti delle cure primarie (medici generalisti, pediatri, ginecologi, altri medici specialisti, psicologi, farmacisti, infermieri, ostetriche, figure amministrative, ecc), e preveda l'integrazione, anche funzionale, con gli operatori del servizio sociale professionale degli EELL.
2. Le cure Primarie, assicurate con il modello organizzativo previsto da ciascuna Regione, debbono necessariamente fare affidamento anche su **strutture territoriali di riferimento** per l'erogazione dell'assistenza primaria, all'interno delle quali dovranno operare tutti i professionisti del territorio. (Nei prossimi tre anni tutte le Regioni dovranno proseguire o avviare il percorso di realizzazione delle strutture per le Cure Primarie, anche attraverso la riconversione di strutture esistenti). All'interno delle strutture per le Cure Primarie si debbono realizzare **ambulatori a gestione infermieristica** per la gestione delle principali patologie croniche con la collaborazione dei MMG, e medicina di iniziativa rivolta a categorie di cittadini a rischio di sviluppare complicanze. Le attuali metodologie epidemiologiche consentono di stimare con un elevato grado di affidabilità la probabilità dei pazienti portatori di patologie croniche di essere ricoverati: la gestione integrata di questi pazienti da parte degli infermieri e dei medici di medicina generale, all'interno di equipe territoriali e facendo affidamento sui posti letto territoriali (sanitari o socio-sanitari) presso le strutture di riferimento, consentirebbe di intervenire significativamente sul **rischio di ospedalizzazione inappropriata** di questi pazienti riducendo il ricorso all'assistenza ospedaliera.
3. La realizzazione di strutture territoriali di riferimento dovrà avvenire, in via prioritaria, attraverso **la riconversione di piccoli ospedali**. La riconversione dei piccoli ospedali in strutture territoriali permette di trasferire sul territorio tutte le attività assistenziali per la gestione delle patologie croniche e avere un supporto alle cure domiciliari. In tali presidi potranno quindi essere collocate le Case della Salute, le UTAP, etc.... ed i pazienti potranno ricevere assistenza primaria da parte dei team multiprofessionali, prestazioni specialistiche (anche strutturate in "pacchetti" per percorsi diagnostici o di follow-up), avere accesso ad ambulatori infermieristici per la gestione delle

patologie croniche (educazione sanitaria, monitoraggio, ecc.) . Tali strutture saranno anche sede di riferimento consulenziale per la medicina territoriale, che potrebbe quindi avvalersi di risorse diagnostiche utili ad una migliore definizione dei problemi di salute del paziente/utente ed all'orientamento verso i percorsi di cura più appropriati. Il personale medico di tali piccoli ospedali riconvertiti dovrà essere preferibilmente assegnato ad altre strutture di ricovero o, in alternativa, in coerenza con la programmazione delle singole regioni, alle cure primarie, sia per la gestione integrata delle patologie croniche che per l'erogazione della medicina generale, lasciando alle regioni la definizione delle modalità operative per la realizzazione del processo di riorientamento di tali risorse.

4. Al fine di migliorare gli strumenti di governo e di programmazione nell'ambito delle cure primarie, le regioni si impegnano a portare a completamento e ad uniformare a criteri omogenei i propri **sistemi informativi** dedicati all'assistenza primaria, anche a supporto del monitoraggio e della valutazione della gestione delle patologie croniche; si impegnano altresì ad attivare processi di audit per la valutazione ed il miglioramento delle performance delle equipe multiprofessionali e degli esiti dei processi di cura.
5. Nel quadro della riorganizzazione del settore delle cure primarie va previsto che l'affidamento di alcune **funzioni possa essere attribuito** anche ai medici convenzionati (MMG e PLS), sia attraverso il coinvolgimento in organismi aziendali di governo (collegio di direzione, comitati e direzioni di distretto e di dipartimento delle cure primarie) sia attraverso l'affidamento di particolari funzioni relative alla programmazione delle attività ed alla valutazione dei servizi ai cittadini.
6. Occorre rivedere significativamente l'organizzazione del servizio di **continuità assistenziale**, affinché possa rappresentare una valida ed affidabile alternativa all'accesso alle strutture ospedaliere di emergenza. Questo processo di riorganizzazione deve essere realizzato attraverso l'integrazione con il Servizio di Emergenza/Urgenza, prevedendo, ove di interesse regionale, la collocazione della sede della Continuità assistenziale presso i PS ospedalieri, per la gestione dei codici bianchi. L'accesso al servizio di CA deve avvenire tramite sistemi di chiamata integrati funzionalmente con il servizio di emergenza-urgenza (118), affinché si possano orientare le chiamate dei pazienti verso il contesto assistenziale più appropriato. È inoltre essenziale che i professionisti che operano all'interno di queste centrali dispongano di un accesso informatizzato alle informazioni cliniche (patient-summary) della popolazione assistita, in modo da poter accedere tempestivamente alle informazioni necessarie a rispondere adeguatamente al bisogno di assistenza.

Altro elemento innovativo riguarda la possibilità di affidare il servizio di continuità assistenziale non solo ai medici di continuità assistenziale ma all'intera equipe territoriale

7. Le regioni concordano sulla necessità di rendere omogeneo sul territorio nazionale l'assetto organizzativo, normativo e retributivo del settore della **medicina penitenziaria**. Il settore della medicina penitenziaria va definito secondo criteri e regole che tengano conto della particolarità dell'attività, prevedendo uno sviluppo normativo che regoli le attuali incompatibilità tra i diversi incarichi nel SSN, al fine di consentire un adeguato apporto professionale a tali funzioni di cura. Vanno inoltre sviluppate indicazioni al fine di **inserire tale settore nell'ambito dei sistemi di responsabilità delle Aziende Sanitarie**.

8. Relativamente al settore dell' **Emergenza Territoriale**, le regioni concordano di **privilegiare il rapporto di dipendenza dei medici** rispetto a quello convenzionato con il SSN, con previsione di superamento dei rapporti convenzionali, al fine di favorire la piena integrazione del sistema territoriale con quello ospedaliero, attraverso la realizzazione di un Servizio di E/U che assicuri le attività ospedaliere e territoriali, nel rispetto dei modelli organizzativi regionali. In attesa che il reclutamento dei medici per tale settore possa avvenire tramite concorso pubblico, con specializzazione in Medicina di Emergenza ed Urgenza, recentemente attivata, è necessario individuare le modalità con le quali il Servizio Sanitario possa acquisire stabilmente le competenze professionali già operanti in tale contesto.
9. A partire dal 1° gennaio 2013 il settore delle **medicina dei servizi** viene sospeso. Le attività svolte dai medici convenzionati verranno assicurate da personale dipendente.
10. L'assistenza della **Pediatria di libera** scelta non è garantita in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Numerose aree del territorio nazionale soffrono di una carenza di pediatri e le regioni sono costrette ad incrementare significativamente il numero dei minori in carico ai PLS. Vanno quindi modificate le norme convenzionali che regolano i parametri relativi agli assistiti in carico, prevedendo di assegnare ai PLS unicamente i bambini da 0 a 6 anni, prevedendo incrementi di massimale solo in questa fascia di età, e trasferire gli assistiti al compimento del settimo anno, ai MMG.
11. Al fine di sostenere il percorso di riordino delle cure primarie le Regioni e le Province autonome condividono la necessità di **modificare l'art.8 del Dlgs 502/92** e smi come segue:
 - a. Al fine di promuovere un riassetto dell'assistenza primaria volto ad apportare significativi miglioramenti in termini di efficienza ed efficacia nell'uso delle risorse impiegate sia nell'area della stessa assistenza primaria, sia in quella più generale dell'intero SSN, il Governo della Repubblica si impegna, i provvedimenti normativi necessari a recepire i seguenti principi generali:
 - i. L'assistenza territoriale medico-generica, pediatrica e specialistica ambulatoriale è prestata dal personale dipendente o convenzionato col SSN. Riguardo all'attività prestata da personale medico convenzionato, il rapporto tra il SSN e i medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali) è disciplinato da accordi collettivi nazionali stipulati con le OOSS di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale, di curata pari a quella dei contratti di lavoro della dirigenza.
 - ii. Il personale convenzionato ha l'obbligo di operare nell'ambito dell'organizzazione dei servizi stabilita dalla Regione, nel rispetto del contratto individuale di lavoro sottoscritto con l'ASL di appartenenza
 - iii. Con accordo in Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sono definite le norme atte a sostituire quelle del vigente art. 8 del Dlgs 502/92 e succ.

3) LA RIMODULAZIONE DELLA COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI (TICKET)

Premessa

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

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

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

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

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

Di seguito, al fine di facilitare la discussione sul tema, si propone in maniera schematica la modalità applicativa dei criteri da 1 a 4.

Quadro attuale:

Specialistica

a. Normativa nazionale

Compartecipazione:

1. ticket pari alla somma delle tariffe delle prestazioni contenute sulla ricetta fino ad un massimo di 36,15 euro
2. compartecipazione 10 euro a ricetta (L111/2011)

Esenzioni: Patologia, Condizione, Reddito

b. Normative regionali

Compartecipazione:

1. Regioni che hanno rimodulato il ticket in base alle fasce reddituali
2. Regioni che hanno rimodulato il ticket in base alle prestazioni

Esenzioni:

1. Patologia, Condizione, Reddito
2. Fasce di reddito (solo per i ticket introdotti con normative regionali)

spesa 2011: 13,5 miliardi

ticket nazionale: 2 miliardi

ticket regionali: 1,2 miliardi

n. ricette/ anno: 230 milioni

n. ricette non esenti all'anno: 80 milioni

Farmaceutica

a. Normativa nazionale

E' previsto un sistema di pagamento della differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento per i medicinali generici (normativa nazionale)

Esenzioni: non previste

b. Normative regionali

Compartecipazione:

1. quota fissa su confezione/ricetta in base alla situazione economica
2. quota fissa sulla confezione/ricetta a prescindere dalla situazione economica

Esenzioni:

3. Patologia, Condizione, Reddito
4. Fasce di reddito

spesa 2011: circa 10.3 miliardi

compartecipazione (generici+tickets regionali): 1.2 miliardi

n. confezioni/ anno: 1,1 miliardi

n. ricette/anno: circa 600 milioni

SCHEMA DI APPLICAZIONE DEI CRITERI DI COMPARTECIPAZIONE

Specialistica

1. Abolizione della quota fissa di 10 euro a ricetta (o come rimodulato dalle Regioni)
2. Mantenimento del criterio della compartecipazione calcolato in base al totale delle tariffe delle prestazioni per ricetta previa revisione dei criteri di accorpamento delle prestazioni per ricetta (introduzione di pacchetti di prestazioni – day service), con rideterminazione del tetto massimo di compartecipazione
3. In sostituzione all'attuale franchigia pari a 36,15 euro per ricetta vengono introdotte franchigie differenziate per situazione economica e per età dell'assistito
4. Nel caso di esenzione per patologia si applica una regressione della percentuale di partecipazione su specifiche prestazioni.

In alternativa a quanto previsto al punto 5 si possono prevedere tetti massimi di compartecipazione annuale differenziati per situazione economica.

Farmaceutica

1. Mantenimento dell'attuale sistema di pagamento sui generici (differenza tra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento)
2. Introduzione di una quota di compartecipazione per singola confezione con quota correlata al prezzo della confezione (fino ad un massimo per ricetta su tutti i farmaci di classe A diversi da quelli ricompresi nel punto 1) differenziati per situazione economica e per età dell'assistito.
3. Nel caso di esenzione per patologia si applica una regressione della percentuale di partecipazione su farmaci specifici.

Criteri di individuazione della Situazione Economica

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

Argomenti specifici da definire tramite modifiche normative o accordi

TITOLO: Farmaceutica

Definizione

la farmaceutica territoriale è costituita dai farmaci classificati in fascia "A" erogati sul territorio attraverso :

- La convenzione con le farmacie pubbliche e private;
- Direttamente dalle strutture pubbliche;
- Le farmacie pubbliche e private attraverso la distribuzione per conto (DPC);

Ipotesi prospettata dal Ministero della salute

L'ipotesi prospettata dal Ministero della Salute sulla spesa farmaceutica territoriale per gli anni 2013 e 2014 prevede:

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

Valutazione economica

Fondo sanitario

Anno 2013: Fondo Sanitario Nazionale = 109.294 mln

Anno 2014: Fondo Sanitario Nazionale = 110.786 mln

Tetto farmaceutica territoriale anno 2013 = 13.224 mln

Tetto farmaceutica territoriale anno 2014 = 13.405 mln

Stime spesa farmaceutica territoriale netta

Stima spesa farmaceutica territoriale anno 2011

Stima spesa farmaceutica convenzionata	10.133 mln
Stima spesa farmaceutica in DPC + diretta	<u>2.705 mln</u>
Totale	12.838 mln

Stima spesa farmaceutica territoriale anno 2012

(si ipotizza un lievi riduzione della spesa dovuta alla scadenza di brevetti)

Stima spesa farmaceutica convenzionata	9.650 mln
Stima spesa farmaceutica in DPC + diretta	<u>2.747 mln</u>
Totale	12.397 mln

Stima spesa farmaceutica territoriale anno 2013

(si prevede un aumento della spesa dovuta all'aumento dei consumi e alla immissione alla rimborsabilità di nuove entità chimiche di non trascurabile impatto)

Stima spesa farmaceutica convenzionata	10.036 mln
Stima spesa farmaceutica in DPC + diretta	<u>2.792 mln</u>
Totale	12.828 mln

Stima spesa farmaceutica territoriale anno 2014

Stima spesa farmaceutica convenzionata	? mln
Stima spesa farmaceutica in DPC + diretta	? <u>mln</u>
Totale	? mln

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

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

Effetti:

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

Ipotesi delle regioni :

rispetto alla ipotesi del ministro si prevede la contabilizzazione sulla spesa territoriale della quota sostenuta dal cittadino per la erogazione di farmaci con prezzo superiore a quello di riferimento.
(comunque trattasi sempre di un introito per l'industria)

NOTA: secondo il Ministero della Salute la contabilizzazione nel tetto di spesa farmaceutica territoriale della quota pagata dall'assistito come differenza fra il prezzo al pubblico dei farmaci erogati ed il relativo prezzo di riferimento, sulla base della normativa europea, è illegittimo.

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

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

Effetti:

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

Tetto spesa farmaceutica ospedaliera**Definizione :**

La spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera, è definita :

spesa farmaceutica ospedaliera rilevata dai modelli CE, al netto della spesa relativa alla distribuzione diretta (compresa la distribuzione per conto) di medicinali collocati in classe «A» ai fini della rimborsabilità ;

Stime spesa farmaceutica ospedaliera:

anno 2011:

proiettando i dati dei primi otto mesi dell'anno 2011 della tracciabilità AIFA e del flusso NSIS la spesa stimata è pari a 4 miliardi.

Si ritiene che l'incremento annuo della spesa ospedaliera possa essere stimato nel +5 %

Pertanto per gli anni 2012 e 2013 la stima della spesa ospedaliera sarà rispettivamente di 4,2 miliardi per il 2012 e 4,4 miliardi per il 2013

Ipotesi prospettata dal Ministero per l'anno 2013 sulla spesa farmaceutica ospedaliera.

Tetto di spesa : 3,6 % del FSN = 3,960 miliardi .

Ipotesi spesa = 4,4 miliardi

Differenza fra tetto e spesa 440 milioni di euro

Ripiano carico dell'industria 154 milioni di euro .

Tale ripiano sommato a quello dell'ipotesi formulata dalle regioni (654 milioni) della spesa farmaceutica territoriale (808) non è sufficiente a coprire il miliardo previsto dalla manovra.

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

Rispetto alla proposta del ministero si ridefinisce il tetto della ospedaliera al 3,2 % del FSN lasciando inalterato il tetto per la territoriale.

Tetto di spesa : 3,2 % del FSN = 3, 49 miliardi .

Ipotesi spesa = 4,4 miliardi

Differenza fra tetto e spesa 910 milioni di euro.

Ripiano carico dell'industria 318 milioni di euro .

Tale ripiano (318 milioni) sommato al ripiano di cui alla proposta delle regioni sulla territoriale (654 milioni) si traduce in una manovra pari a 972 milioni.

Data l'origine della manovra si ritiene che lo sfioramento del tetto deve essere calcolato a livello nazionale e il gettito deve essere riassegnato alle regioni in base all'indice di accesso al FSN.

CRITICITA'

Nell'ultimo incontro del tavolo sulla farmaceutica sono emerse forti discordanze fra il dato della spesa ospedaliera rilevata dal flusso della tracciabilità e dal flusso NSIS (4 miliardi di euro) e il dato del flusso CE (stimabile in circa 5,3 miliardi) nonché la valutazione della spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2013 valutata dalle regioni rispetto alla valutazione dell'AIFA .

Al fine di approfondire questi aspetti è stata convocata un ulteriore incontro per il 31 gennaio p.v.

CONCLUSIONI

I rappresentanti delle regioni ritengono che sulla base dei confronti fin qui avuti sul tavolo della farmaceutica sia possibile definire il seguente scenario:

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

Nel regolamento che dovrà essere emanato ai sensi dell'art. 17, comma 1 lettera b), della l.n. 111/2011 deve essere anche previsto:

- la ristrutturazione dei flussi dati relativi alla spesa farmaceutica sia territoriale che ospedaliera;
- Interventi tesi ad implementare la concorrenza nel mercato farmaceutico;
- Interventi sull'impiego dei farmaci off label

Premessa

Diversamente dai farmaci non esiste una Agenzia Nazionale per i Dispositivi medici che ne valuti le prove di efficacia e di sicurezza clinica , e ne definisca la rimborsabilità e il prezzo .

Di conseguenza tutti i Dispositivi medici, purché in possesso del marchio CE , possono essere acquistati dal SSN. I prezzi pagati sono molto diversi tra i differenti ospedali.

Un aspetto molto rilevante della sicurezza dei dispositivi riguarda i **dispositivi medici impiantabili**. In assenza di registri informatizzati dei dispositivi medici impiantati , risulta estremamente difficile rintracciare i pazienti portatori di dispositivi medici nel caso in cui si renda necessario un richiamo per difetti riscontrati successivamente all'impianto . La recente vicenda delle protesi mammarie PIP è la dimostrazione della difficoltà per il SSN di rintracciare i pazienti portatori di tali protesi

Sul versante del contenimento della spesa pubblica la legge 11 /2011 dà le seguenti indicazioni :

L'art. 17 della legge 111/2011, punto 1, comma a affida all'Osservatorio del contratti pubblici , di cui all'art. 7 del DL 12 aprile 2006 , n 163, il compito di fornire alla Regioni , a partire dal 1 luglio 2012 , un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei beni sanitari,ivi compresi i dispositivi medici

L'art. 17 della legge 111/2011, punto 1, comma c richiama la necessità di fissare un tetto quale strumento di controllo e razionalizzazione della spesa sostenuta direttamente dal SSN per l'acquisto dei Dispositivi Medici , compresa la spesa relativa all'assistenza protesica e il punto 2 dello stesso articolo, correlato alle spese del personale sanitario dipendente e convenzionato, indica tale tetto nella misura del 5,2%. L'eventuale sfioramento del predetto valore è recuperato interamente a carico della Regione

La spesa per dispositivi medici riscontrata dai modelli CE 2010 in Italia è di **4.660.088.000 euro** (dati forniti da Agenas su dati CE (B1A6, B1A7, B1A8 e B1A9) -), pari al 4,4 % del FSN 2010

Con **Decreto 11 giugno 2010 è stato istituito il flusso per il monitoraggio dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN** . Il flusso comprende due flussi : il flusso dei contratti e il flusso dei consumi . L'art 7 del predetto Decreto indica che a partire dal 1 gennaio 2012 il conferimento dei dati integra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni e le provincie autonome, per l'accesso al maggior finanziamento per il SSN (con l'esclusione del flusso contratti)

Obiettivi /Elementi strategici

1. Valutazione della qualità ed efficacia dei dispositivi medici . Definizione dei prezzi di riferimento

E' necessario attivare come per i farmaci una modalità di valutazione della efficacia , sicurezza, costi e impatto organizzativo dei dispositivi medici utilizzando la metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA).

2. Monitoraggio della sicurezza dei pazienti portatori di dispositivi medici

Tutti gli ospedali e le ASL dovranno attivare registri informatizzati con l'indicazione del paziente , del tipo di intervento e del modello di dispositivo medico impiantato .Le Regioni avranno l'obbligo di vigilare affinché

tale disposizione venga attuata . Se necessario è possibile prevedere ispezioni da parte degli organi del Ministero .

3. Monitoraggio della spesa dei dispositivi medici . Potenziamento dei flussi esistenti . Attivazione di nuovi flussi informativi

4. Introduzione di ticket

Azioni /Eventuali revisioni normative

1. Valutazione della qualità ed efficacia dei dispositivi medici . Definizione dei prezzi di riferimento

Per i prodotti che si presentano nuovi sul mercato occorre esercitare valutazioni multidisciplinari, nell'ambito di una rete tra le diverse regioni coordinata da AgeNAS (esiste un progetto in tal senso già circolato tra le regioni), che permetta di verificare implicazioni di carattere clinico, organizzativo, economico, sociale relative all'introduzione della nuova tecnologia e quindi definiscano il contesto per le decisioni da assumere. Occorre che le Regioni, individuino i DM prioritari o per costo o per larga diffusione, da prendere in esame con il metodo dell'HTA, ripartendosi il carico di lavoro. Si ravvisa la necessità che questo coordinamento sia realizzato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

La Commissione Unica dei Dispositivi (CUD), è stata istituita con la legge 27 dicembre 2002 n. 289 art.57, con il compito di definire e aggiornare il repertorio dei dispositivi medici, di classificare tutti i prodotti in classi e sottoclassi specifiche, con l'indicazione del prezzo di riferimento. E' necessario richiamare la CUD ai compiti per i quali è stata istituita , dandole il mandato di definire le Categorie omogenee di dispositivi medici ,intendendo con questo termine prodotti che pur differenziandosi in alcune caratteristiche, possono garantire prestazioni sanitarie sovrapponibili. Le categorie omogenee costituiscono il presupposto indispensabile per definire i prezzi di riferimento e offrono un prezioso strumento alle Regioni per ottimizzare i processi di acquisto , valorizzando la standardizzazione dei prodotti oggetto di acquisizione.

2. Monitoraggio della sicurezza dei pazienti portatori di dispositivi medici

Attivazione obbligatoria di registri informatizzati in ogni ospedale ; vedi punto obiettivi elementi strategici

3. Monitoraggio della spesa dei dispositivi medici

Modalità : Tetto di spesa 5,2%

Il previsto sfondamento a carico delle regioni non modifica le attuali modalità di copertura della spesa, anzi sarà presente un vincolo più stringente per le stesse che potrebbe portarle in caso di sfondamento all'impossibilità di accedere ad eventuali fondi accessori.

Certamente sarebbe vantaggioso per le regioni ed una legittima aspettativa delle stesse, la condivisione della responsabilità della spesa con l'Industria, qui non meno importante che nel settore dei farmaci.

Modalità di rilevazione : La legge 111/2011 prevede la rilevazione della spesa dei dispositivi medici attraverso i modelli CE . I conti economici riferiti ai dispositivi medici contengono anche prodotti che non sono dispositivi medici. E' pertanto necessaria la emanazione di nuove Linee guida per la corretta compilazione dei modelli CE , al fine di consentire una precisa identificazione della spesa dei dispositivi medici .

Flusso consumi dei dispositivi : Con Decreto 11 giugno 2010 è stato istituito il flusso per il monitoraggio dei dispositivi medici direttamente acquistati dal SSN .E' necessario portare a regime il sistema di rilevazione dei flussi ministeriali, in quanto i dati raccolti permetteranno un controllo e una razionalizzazione della

spesa, tramite il confronto tra le diverse realtà. E' determinante che tutte le Regioni assolvano al debito informativo compiutamente .

Flusso contratti dei dispositivi medici . Il decreto 11 giugno 2010 ha istituito in via sperimentale il flusso dei contratti dei dispositivi medici. E' necessario armonizzare questo flusso con il flusso all'Osservatorio dei contratti pubblici , di cui all'art. 7 del DL 12 aprile 2006 , n 163 che avrà il compito di fornire , a partire dal 1 luglio 2012 , un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei beni sanitari,ivi compresi i dispositivi medici. L'armonizzazione è necessaria al fine di evitare di raccogliere le medesime informazioni da flussi diversi e disomogenei.

Attivazione di nuovi flussi informativi :

Assistenza protesica, di cui al DM 27 agosto 1999,n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale".

È necessario attivare un flusso che registri la spesa e i consumi dei dispositivi medici erogati al singolo paziente . A questo proposito potrebbe essere potenziato il Flusso dei consumi dei dispositivi già istituito con Decreto 11 giugno 2010 , inserendo nel tracciato informatico anche l'informazione sul paziente (oggi assente nel flusso dei dispositivi medici) , in analogia a quanto già avviene per il flusso della distribuzione diretta dei farmaci .

Nel caso in cui i prodotti per assistenza protesica vengano erogati direttamente dalle Farmacie o da altri esercizi commerciali vanno attivate differenti modalità di rilevazione , quali ad esempio il flusso articolo 50 DL 269 del 2003 .

Assistenza integrativa

Analogamente all'assistenza protesica , anche per l'assistenza integrativa si rende necessario attivare un flusso informativo che sia in grado di identificare i dati identificativi del cittadino, i dati identificativi del prescrittore , i dati relativi alla prestazione (dispositivo medico, alimenti , etc) , i dati identificativi della struttura erogatrice . Anche in questo caso potrebbe essere utilizzato il flusso articolo 50 DL 269/ 2003

L'attivazione di questi due flussi presuppone la necessità di definire una anagrafica unica dei prodotti (quando non già codificati ad esempio nella Banca dati dispositivi medici) o per tipologia di prodotto (come nel caso dei dispositivi su misura) .

4. Introduzione di ticket

Andrebbero previste forme specifiche di contribuzione in relazione all'erogazione di protesi, ausili per diabetici, alimenti per celiaci, in relazione alla fascia di appartenenza ISEE, con l'intento di privilegiare interventi che garantiscono il doppio effetto, ovvero che all'introito diretto assommano un effetto di contenimento della domanda, possibilmente quella impropria. Esempio: il ticket sui farmaci ha avuto il doppio effetto: entrata diretta e contenimento della domanda.

Andrebbero selezionate le aree in cui la totale gratuità favorisce il consumo improprio.

Alcuni esempi:

Protesica: introdurre compartecipazione alla spesa per tutto il nuovo (escludendo quindi il riciclato) ed in particolare per quelle a maggior tasso di inappropriata (ad esempio plantari).

Integrativa: in particolare alimenti per celiaci, prodotto diabetici, pannoloni e ossigeno domiciliare:

Celiaci: il principio potrebbe essere che il SSN paga solo la differenza tra il prodotto normale e il prodotto specifico.

Ossigeno domiciliare: anche qui la totale gratuità induce sprechi, inoltre la consegna al domicilio, servizio non LEA, aumenta di molto i costi della Azienda USL (stesso discorso può valere per i pannoloni).

Benefici attesi

Garanzia di efficacia e qualità dei dispositivi medici in commercio in Italia

Tutela dei pazienti portatori di dispositivi medici, garanzia di rintracciabilità in caso di necessità Controllo della spesa dei dispositivi medici , dell'assistenza protesica e assistenza integrativa

- Fabbisogno e finanziamento
- Riordino delle cure primarie
- Ticket ed esenzioni

4) Argomenti specifici da definire tramite modifiche normative o accordi:

<ul style="list-style-type: none"> - Farmaceutica - Dispositivi medici <p>TITOLO: Personale dipendente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problematiche del personale dipendente
--

- Tariffe, Tuc e Mobilità interregionale
- Rapporti Servizio Sanitario Nazionale ed Università
- Riorganizzazione della rete ospedaliera

MOBILITA' DEL PERSONALE

- Investimenti

Occorre valutare l'opportunità di integrare le norme esistenti in materia di eccedenze di personale e mobilità, in modo da snellire le procedure in ambito regionale per il trasferimento d'ufficio del personale da un'Azienda all'interno della stessa Provincia, in conseguenza dei processi di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

Si rileva, inoltre, l'opportunità di prevedere per il personale sanitario un'obbligo di permanenza di almeno 5 anni nella azienda sanitaria in cui si viene assunti o trasferiti prima di poter usufruire dell'istituto contrattuale della mobilità.

RIFORMA DELLA LIBERA PROFESSIONE

L'istituto della libera professione va ripensato all'interno di un sistema di regole che privilegi le esigenze aziendali di dare priorità alle attività svolte in regime istituzionale, anche attraverso un impegno orario che ecceda il debito minimo contrattuale, e la riduzione delle liste di attesa.

PROPOSTA PER LO SVILUPPO DEI PROFILI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

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

Si propone di avviare un percorso diretto a ridefinire e differenziare i percorsi di natura gestionale e quelli di natura professionale, anche riconsiderando l'attuale sistema degli incarichi previsto dal D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e dalle norme contrattuali. Si deve prendere atto che l'aver "battezzato" tutti i medici quali dirigenti ha seguito più una logica di tipo "contrattuale" che gestionale e di ruolo concreto.

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

Si propone di costituire un tavolo di lavoro nazionale con il compito di definire criteri che, pur tenendo conto dei diversi modelli organizzativi e assistenziali, consentano di definire standard minimi di fabbisogno di personale medico, infermieristico (e delle altre professioni sanitarie) e di supporto sia in ambito ospedaliero che territoriale.

TITOLO: Tariffe, Tuc e mobilità

Il quadro normativo introdotto dalla Legge 311/2004
Tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni

La Legge 311/2004 all'art.1 - comma 170 ha stabilito che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvede con proprio decreto alla determinazione delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali; le tariffe regionali devono rispettare tale limite massimo altrimenti scattano misure di penalizzazione.

Le Regioni si sono opposte fin dall'inizio a tale normativa e hanno espresso all'unanimità la "non-intesa" al Decreto attuativo con cui sono stati emanati i primi provvedimenti contenenti le tariffe massime, ritenendo che l'intervento da parte dello Stato su una singola componente, la tariffa, del complessivo sistema di remunerazione dell'assistenza ospedaliera, compromette l'equilibrio che in ogni regione si basa su ulteriori voci della remunerazione degli erogatori, quali il finanziamento per specifiche funzioni assistenziali, per riequilibrio in attuazione di interventi di riorganizzazione/ristrutturazione, per ricerca e didattica etc. La riconduzione forzata delle singole tariffe regionali entro le tariffe massime nazionali impedisce l'attuazione di politiche regionali volte a introdurre criteri premianti per prestazioni di alta specialità e penalizzanti per le prestazioni potenzialmente inappropriate.

Tariffa Unica Convenzionale (TUC) per la Compensazione della Mobilità Sanitaria

La Legge 311/2004 all'art. 1 comma 171 ha stabilito inoltre che è vietata la remunerazione degli erogatori con tariffe differenziate fra pazienti residenti e non residenti. Le Regioni ritengono invece che la TUC ha dimostrato di essere un valido strumento per il contenimento dei volumi di attività per pazienti extraregionali e ritengono che sarebbe più efficace applicarla direttamente agli erogatori, proprio perché contiene misure volte a penalizzare le prestazioni meno appropriate e per tale motivo dovrebbero essere applicate direttamente e immediatamente agli erogatori.

Proposta di revisione della normativa contenuta nella Legge 311/2004

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

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

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

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

TITOLO: Rapporti Servizio Sanitario Nazionale ed Università

Premessa

La collaborazione tra Servizio sanitario nazionale ed Università ha trovato una stabilizzazione nella disciplina contenuta nel d.lgs. 517/99 di istituzione e regolamentazione delle Aziende ospedaliero-universitarie, ben nota all'attuale Ministro che ne è stato l'estensore.

A seguito di tale riforma, sono stati adottati nelle regioni protocolli d'intesa per la regolamentazione delle Aziende "integrate" e per la disciplina della formazione, del finanziamento, del personale, della ricerca nelle sedi della collaborazione.

Lo schema di convenzione proposto dal MIUR è stato profondamente modificato dal gruppo tecnico, in quanto la proposta è stata ritenuta invasiva delle competenze e delle prerogative regionali. Sulla materia già disciplinata dal D.lgs. 517/99 le Regioni, negli anni, hanno infatti dato vita a modelli organizzativi sperimentali, in alcuni casi supportati da specifici atti normativi.

Obiettivi /Elementi strategici

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

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

Azioni /Eventuali revisioni normative

Contratti di formazione specialistica – finanziamento nazionale:

Le Regioni devono poter esprimere il proprio fabbisogno, in coerenza con i LEA, con gli obiettivi di programmazione socio sanitaria regionale, nel rispetto del turn over, ecc., secondo criteri condivisi;

Il sistematico confronto con le Università deve sostanziarsi in una programmazione che miri a fare incontrare domanda e offerta di formazione, sia a livello regionale che a livello nazionale, nel rispetto delle priorità espresse a livello regionale.

Va rivisto il numero e la tipologia delle attuali specialità mediche per renderle coerenti in ambito europeo attraverso l'istituzione di un tavolo finalizzato che preveda un accordo in Conferenza Stato-Regioni.

Profili delle professioni sanitarie:

Promuovere l'innovazione, la valorizzazione e la ridefinizione delle competenze di talune professioni sanitarie al fine di migliorare il funzionamento del sistema sanitario attraverso alcuni strumenti operativi quali, ad esempio:

- linee guida allegate al Piano Sanitario Nazionale o ai Piani Sanitari Regionali,
- linee progettuali/sperimentali nazionali o regionali per determinati campi di attività, o per percorsi diagnostico terapeutico assistenziali o processi clinico assistenziali
- Accordi Stato-Regioni o Decreti di Giunta Regionale per l'individuazione e attivazione:
 - a) di percorsi di approfondimento professionalizzante di saperi disciplinari, operatività emergenti, approfondimento di competenze già agite,
 - b) di specializzazioni assistenziali infermieristiche.

Premessa

Il pieno rispetto dei principi di universalità, di eguaglianza e di equità d'accesso alle prestazioni a garanzia della salute dei cittadini può essere assicurato dal Servizio Sanitario Nazionale procedendo ad una revisione del suo assetto organizzativo, strutturale e gestionale.

Il Servizio Sanitario Nazionale, per svilupparsi compiutamente all'interno di ciascuna Regione come sistema a rete, richiede la cooperazione e l'integrazione tra i seguenti network specifici che operano all'interno di ambiti geografici omogenei:

- la rete della prevenzione collettiva;
- la rete territoriale;
- la rete socio sanitaria;
- la rete dell'emergenza urgenza, fortemente integrata alla rete ospedaliera ed alla rete territoriale;
- la rete ospedaliera;
- le reti cliniche.

L'implementazione di un sistema reticolare dell'assistenza clinico sanitaria è finalizzato ad integrare tra loro la rete ospedaliera, la rete dell'emergenza urgenza e le reti socio-sanitaria, territoriale e di prevenzione, cosicché l'erogazione delle prestazioni sanitarie non si risolve in un singolo atto episodico ma trovi collocazione all'interno di percorsi strutturati che si svolgono nell'ambito di reti cliniche.

Il disegno organizzativo generale del sistema a rete non deve prevedere solo interventi separati su strutture e servizi presenti sul territorio, quanto piuttosto l'ampliamento della collaborazione, del coordinamento e dell'integrazione con tutti i centri di attività, sia in ambito sanitario che nell'area del sociale, secondo un disegno strategico generale di riclassificazione delle strutture, riorganizzazione dei servizi, razionalizzazione delle risorse, rimodulazione delle funzioni, riqualificazione del personale.

Il "core" delle attività del sistema sanitario è focalizzato sulla risposta alla domanda clinico-sanitaria espressa dalla popolazione; tale risposta deve garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio, come stabilito dalla normativa vigente.

L'Ospedale, ancora oggi, rappresenta per gran parte della popolazione italiana il punto di riferimento principale per l'assistenza sanitaria.

L'evoluzione scientifica, cui si è associata una progressiva sofisticazione della tecnologia sanitaria, però ha spostato il centro dell'assistenza dall'Ospedale al "territorio", inteso non solo come luogo fisico ma anche come modalità di assistenza assicurata maggiormente da setting differenti rispetto al ricovero ordinario per acuti.

L'assistenza ospedaliera, in risposta all'evoluzione tecnologica, ha subito un significativo cambiamento negli ultimi anni, riconducibile anche:

1. alla generale tendenza alla diminuzione della degenza per acuti cui hanno contribuito:
 - a. modelli assistenziali incentrati su percorsi assistenziali condivisi che hanno consentito di essere meno invasivi nella vita del paziente (si è cercato di concentrare le attività

- consentendo di contrarre al minimo indispensabile la presenza in degenza);
- b. evoluzione di tecniche diagnostiche, terapeutiche e, soprattutto, chirurgiche che hanno consentito di ridurre **il rischio nell'erogazione** delle procedure ovvero la loro invasività;
 - c. sistema di regolazione finanziaria
2. al potenziamento di strutture di degenza post acuta e di residenzialità;
 3. allo sviluppo dell'assistenza territoriale che ha selezionato appropriatamente la casistica ospedaliera, che ha agevolato la dimissione al fine di minimizzare la degenza non necessaria, favorendo contemporaneamente il precoce reinserimento nell'ambiente di vita al fine di migliorare la qualità dell'assistenza
 4. alla programmabilità della ripartizione della casistica, a sua volta dovuta a:
 - a. diversa disponibilità delle innovazioni diagnostico-terapeutiche sul territorio nazionale
 - b. consolidamento in ambiti subregionali di area vasta e sovraregionali di reti di ospedali funzionalmente ed organizzativamente integrati
 5. al processo assistenziale interno agli ospedali, con sempre più frequenti esperienze di ospedale organizzato per intensità di assistenza.

A tale cambiamento, anche per le resistenze delle comunità locali, non sono state affiancate in modo uniforme sul territorio nazionale azioni di riorganizzazione totale della rete ospedaliera, con mantenimento di strutture ospedaliere di piccole dimensioni e conseguente frammentazione e duplicazione dell'offerta ospedaliera: nel 2009 (fonte Ministero della Salute) permangono 212 strutture ospedaliere, su un totale di 638 (pari al 33,2%), con un numero di posti letto inferiore a 120. Ciò comporta sia problemi sul campo della sicurezza (ad esempio l'adeguamento delle strutture alle norme di prevenzione incendi) sia limiti alla qualità dell'assistenza erogabile.

La necessità di proseguire sul piano delle riconversioni dei posti letto ospedalieri diventa però un'opportunità non solo per la riduzione del numero delle strutture di piccole dimensioni che erogano prestazioni per acuti, ma anche per esigenze di compatibilità economica in quanto si possono assicurare le stesse prestazioni in regimi assistenziali differenti, con un impatto economico complessivo più basso.

Nella logica di reingegnerizzazione del sistema è necessario che si attivino azioni sinergiche che, nel perseguire specifici obiettivi, concorrano vicendevolmente a facilitare il raggiungimento dei target relativi ad altri filoni di attività.

In questo senso e, specificatamente in merito alla tematica della rimodulazione dell'offerta ospedaliera, risulta evidente come, al fine di rendere sostenibili le necessarie politiche di contrazione del numero di posti letto per abitanti, è necessario che si induca l'utilizzo di modelli assistenziali virtuosi che spostino in regimi diversi da quelli del ricovero la diagnosi e cura e riabilitazione di specifiche patologie attraverso l'attivazione di processi di "continuità assistenziale" che colleghino fortemente l'assistenza ospedaliera a quella territoriale. In tal senso, si dovrà proseguire sulla strada della ricerca dell'appropriatezza dei ricoveri mediante azioni mirate ad evidenziare e contrastare atteggiamenti clinici e gestionali non coerenti con tale principio, così come le Regioni – soprattutto quelle in forte difficoltà economica - saranno impegnate a razionalizzare le reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa, efficienza gestionale e congruità dimensionale.

A questo fine diventano strategici interventi sull'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni e dei DRG riportati negli allegati A e B del Patto per la salute 2010-2012.

Altrettanto importante è individuare modalità e strumenti che consentano la valutazione delle azioni

intraprese e una crescita omogenea sul territorio nazionale dei sistemi assistenziali ospedalieri.

Obiettivi /Elementi strategici

La riconversione dei posti letto deve essere effettuata sulla base dei seguenti principi:

- a) riduzione dello standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR entro i 3,5 posti letto per mille abitanti comprensivi di 0,5 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione; tale standard si riferisce alla popolazione residente; nell'ambito della programmazione regionale possono essere previsti posti letto per post acuti;
- b) il raggiungimento degli obiettivi di cui alla lettera a) deve avvenire con gradualità ed in coerenza con la disponibilità delle corrispondenti risorse professionali.

La reingegnerizzazione della rete ospedaliera deve garantire i seguenti obiettivi:

- la riorganizzazione delle unità operative semplici e complesse a livello complessivo di rete regionale e per aree omogenee secondo una logica organizzativa di tipo dipartimentale;
- la presenza di nodi principali, di carattere regionale, nelle patologie a maggior complessità e di nodi secondari, per il trattamento delle acuzie, nonché di nodi di cure intermedie, prevalentemente destinati alla riabilitazione ed alla post acuzie;
- la organizzazione delle aree di degenza per intensità di assistenza;
- l'integrazione, la qualificazione e l'equilibrata distribuzione dei servizi d'eccellenza sul territorio regionale, il superamento della duplicazione delle unità operative e l'integrazione delle funzioni tipiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia nel Servizio Sanitario Regionale;
- la differenziazione delle attività tra le diverse strutture, affinché i nodi della rete operino in modo integrato ma con una precisa concentrazione e suddivisione delle attività, da quelle di maggiore complessità ed intensità assistenziale sino a forme di assistenza extraospedaliera più orientate al territorio (strutture tipo Ospedali di comunità, Case della Salute, Centri di Assistenza Primaria e presidi H24), con la rimodulazione dei posti letto tra quelli per pazienti acuti, per la post acuzie e la riabilitazione fino a quelli residenziali socio-sanitari;
- l'integrazione quali-quantitativa della produzione di degenza del privato e segnatamente delle reti consolidate di produttori privati che vanno considerati al pari di quelli pubblici in modo da minimizzare le tendenze all'iperproduzione e consentire anche a questo settore uno sviluppo non in contraddizione e competizione con le strutture pubbliche, ma complementare e integrativa;
- l'integrazione tra Ospedale e Territorio al fine di assicurare la continuità assistenziale sia in fase di pre ricovero, nei casi programmati, sia in fase di post dimissione secondo una logica che privilegi percorsi assistenziali integrati;
- la rivisitazione della rete di riabilitazione per i percorsi di post acuzie.

La possibilità di superare del 5% il tetto massimo di posti letto per mille abitanti deve essere limitata e conseguente alla misura e le modalità individuate dalla STEM ai sensi dell'art.6 del precedente Patto della Salute

Azioni /Eventuali revisioni normative

La riorganizzazione della rete ospedaliera richiede di prendere in considerazione i seguenti passi procedurali:

- analisi della popolazione e sua composizione per fasce di età;
- valutazione delle condizioni dimensionali e di produzione delle strutture di offerta (sia ospedaliere che territoriali);
- analisi della domanda in relazione alla mobilità della popolazione, residente e non residente;
- individuazione delle caratteristiche delle prestazioni erogate, in risposta alla domanda della popolazione residente ed alla popolazione non residente;
- definizione della produzione reale (offerta a residenti e non residenti nelle strutture della Regione) e della produzione potenziale (mobilità passiva extra regione), per valutare il fabbisogno complessivo di ciascuna Area vasta ;
- adozione da parte delle Regioni, con il supporto dell’Agenzia Nazionale Agenas, di criteri di riorientamento ed efficientamento del sistema che tengono conto di:
 - ✓ tasso standardizzato di ospedalizzazione per fasce di età;
 - ✓ complessità della casistica trattata;
 - ✓ appropriatezza delle prestazioni;
 - ✓ trasferibilità di prestazioni sanitarie dal regime di ricovero ordinario al ricovero in day hospital (medico, chirurgico, riabilitativo) e al regime ambulatoriale;
 - ✓ incremento dell’attività a ciclo diurno (day hospital e day surgery);
 - ✓ riequilibrio della dotazione fra acuzie e post acuzie/riabilitazione;
 - ✓ individuazione dei posti letto per intensità di assistenza;
 - ✓ articolazione delle strutture organizzative di dimensioni appropriate e per bacino di utenza.

L’individuazione delle discipline erogabili in aree omogenee è di norma volta a consolidare quelle già attive, ma l’obiettivo è diretto a semplificare l’offerta, evitando duplicazioni e dispersioni di discipline anche al fine di assicurare standard assistenziali di qualità.

Elementi fondamentali da considerare in fase di organizzazione sono i seguenti

- *Requisiti* delle reti: ogni realtà integrata in rete deve possedere i requisiti dimensionali, strutturali, tecnologici, organizzativi e funzionali previsti dalla normativa vigente e rispondere al fabbisogno definito dalla programmazione regionale.
- *Differenziazione e integrazione* della rete di strutture: ciascuna rete, costituita da un insieme di UO appartenenti a presidi e strutture distinti, deve organizzare il proprio funzionamento secondo logiche di integrazione (per nodi) e di differenziazione delle attività, al fine di instaurare modalità di lavoro di collaborazione tra i professionisti e di sinergia tra le unità operative, per superare condizioni di competizione, duplicazione e frammentazione. Nell’ambito di ciascuna Area Vasta la rete è caratterizzata dalla presenza di un nodo di riferimento e da nodi integrati, secondo livelli differenziati di cura e trattamento dei pazienti.
- *Intensità di assistenza*: l’attività dei singoli presidi si deve strutturare tendenzialmente in aree/realtà differenziate secondo le modalità assistenziali e l’intensità delle cure, al fine di superare

gradualmente l'articolazione per reparti differenziati per disciplina specialistica e per favorire al meglio la *segmentazione* dei pazienti (suddividendoli in relazione alla tipologia di assistenza richiesta) e la *focalizzazione* sulle attività (circoscrivendo gli aspetti procedurali alle specificità della casistica da trattare).

La definizione di ciascuna rete, all'interno della quale poter identificare le strutture da classificare sulla base dell'intensità di cura, deriva da un percorso comune che partendo dall'individuazione dei bisogni sanitari consente di stabilire la collocazione funzionale delle singole unità operative nell'ambito delle strutture che costituiscono la singola rete.

L'organizzazione per *Reti cliniche* deve costituire la modalità tipica di funzionamento con il coinvolgimento di professionisti, ospedalieri e territoriali, appartenenti a diverse discipline, per l'attivazione di percorsi assistenziali orientati ad un miglioramento complessivo dell'assistenza erogata.

I differenti nodi della rete si configurano in rapporto alla specializzazione, alla capacità strutturale ed alla complessità tecnologica, evidenziando come la funzione di nodo di riferimento sia correlata, oltre al livello delle specifiche competenze professionali, anche alle dimensioni della struttura.

Il percorso, identico per tutte le reti, in cui la valorizzazione dell'aspetto professionale costituisce una delle variabili fondamentali, richiede l'attuazione dei seguenti passi procedurali:

1. analisi del fabbisogno, sia a livello regionale sia nell'ambito territoriale sociale corrispondente all'Area vasta territoriale;
2. individuazione di standard di riferimento, relativamente a:
 - a. requisiti strutturali,
 - b. requisiti tecnologici,
 - c. requisiti organizzativi,
 - d. standard professionali,
 - e. indicatori di performance;
3. autorizzazione ed accreditamento, strutturale e professionale, in rapporto agli standard posseduti;
4. riorganizzazione della singola rete per livelli di intensità di cura e, all'interno di ciascuna struttura di ricovero inserita nella rete, per livelli di intensità di assistenza.

Benefici attesi

Le Reti cliniche garantiscono una dimensione di continuità al cittadino nei termini di una interfaccia costante di qualità assistenziale indipendentemente dall'organizzazione che la sostiene e consentono di evitare la frammentazione dell'offerta a vantaggio invece di una presa in carico globale dell'assistito.

Ciò consente di favorire il superamento di criticità quali:

- la frammentazione strutturale ospedaliera per la presenza di numerose realtà di ridotte dimensioni (piccoli ospedali, unità operative di dimensioni minime);
- la polverizzazione delle UO e delle competenze per la necessità di garantire la presenza di operatori e professionisti in numerose strutture e UO che evidenziano ridotte attività produttive;
- la duplicazione delle attività, per la presenza di unità operative limitrofe che svolgono medesime funzioni senza specifiche specializzazioni su particolari prestazioni o pazienti;
- la competizione conflittuale tra strutture che si contendono i pazienti senza una precisa razionalizzazione delle linee di produzione, al fine di rendere elevata la quantità di prestazioni

erogate;

- l'inappropriatezza di molte prestazioni (ambulatoriali, di pronto soccorso, di ricovero) in ragione di una mancata azione diagnostica preventiva o del ricorso al ricovero ordinario al posto di quello diurno;
- le diseconomie e gli sprechi che derivano da tutti i punti precedenti.

L'attuazione di processi di riordino delle reti ospedaliere richiedono alle Regioni un impegno rilevante orientato ad affrontare contestualmente l'organizzazione ospedaliera ma anche quella territoriale. In tale contesto, una volta definiti gli obiettivi e le fasi operative, anche i vincoli normativi di tipo finanziario ed organizzativo (ad esempio l'eventuale blocco del turn over) potranno essere calibrati alle specifiche esigenze coerenti con l'attuazione del programma.

TITOLO: Investimenti

Il patto per la salute per gli anni 2010 – 2012 si faceva carico di assicurare la continuità del programma nazionale di investimenti in edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 disponendo all'articolo 1, commi 8 e 9, quanto segue:

8. Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale si conviene sull'opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro, ai sensi dell'articolo 2, comma 279 della legge 244/2007, a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi. Si conviene inoltre sulla possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale, fermo restando l'inserimento di tali interventi nell'ambito dell'ordinaria programmazione concordata con lo Stato.

9. Lo Stato si impegna a garantire nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria ex articolo 20 della legge 67/1988, in aggiunta alle risorse stanziare per il 2009 pari a 1.174 milioni di euro, 4.715 milioni di euro.

Risulta evidente come Governo e Regioni abbiano attribuito estrema rilevanza agli interventi di investimento in edilizia sanitaria, prevedendo espressamente:

- la messa a disposizione nel triennio di validità del patto della residua disponibilità sulle somme stanziare (art. 1, comma 9),
- l'impegno ad "ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria", integrandolo di un ulteriore miliardo di euro da destinare prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità (art. 1, comma 8).

In sede di espressione dell'intesa sul "Patto per la salute 2010-2012" nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, è stata valutata la problematica relativa alla decorrenza dei termini per l'acquisizione del certificato prevenzione incendi da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private che pregiudica la continuità dei programmi di adeguamento già in corso. In tale contesto fu deciso di predisporre apposito gruppo misto tra tecnici delle regioni e dei ministeri della Salute e dell'Interno per predisporre una riformulazione delle disposizioni in materia attraverso un procedimento di riapertura dei termini fissati dal Ministero dell'interno con DM 18.9.2002.

MANOVRE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA E BLOCCO DELLE RISORSE RELATIVE AGLI INVESTIMENTI IN SANITA'

Le disposizioni delle manovre di contenimento del fabbisogno, caratterizzate dalla logica dei cosiddetti "tagli lineari" hanno scoraggiato le regioni ad assumere programmi strategici di riorganizzazione dei servizi sanitari, con particolare riferimento alle amministrazioni regionali che hanno operato nel quadro dei piani di rientro.

Per di più, a seguito delle disposizioni recate dal decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito in legge n. 122 del 2010, il capitolo di bilancio 7464 (di competenza del Ministero dell'economia), sul quale sono trasferite le competenze del programma di investimenti, ha subito tagli per circa 1,8 miliardi, che hanno comportato l'impossibilità di definire la totalità degli Accordi di Programma, presentati dalle Regioni.

Allo stato attuale risultano già validati dal Ministero della Salute e in attesa di sottoscrizione, per un importo complessivo di 1,502 miliardi di euro, i seguenti Accordi di programma:

Regione Toscana per 203,6 milioni di euro;

Regione Lombardia per 491,5 milioni di euro;

Regione Liguria per 188,84 milioni di euro;

Regione Molise per 5,65 milioni di euro (attuazione articolo 79, legge n. 133 del 2008);

Regione Friuli Venezia Giulia per 151,75 milioni di euro;

Regione Umbria per 83,74 milioni di euro;

Regione Emilia Romagna per 207,23 milioni di euro;

Regione Veneto per 170,18 milioni di euro.

Il mancato finanziamento di tali Accordi non consentirà l'apertura dei cantieri relativi a: 15 nuove costruzioni in ambito ospedaliero, pari al 5,4 per cento degli interventi previsti; 13 nuove costruzioni in ambito territoriale, pari al 4,7 per cento; 122 interventi di ristrutturazione, pari al 44,5 per cento; 26 interventi di manutenzione, pari al 9,4 per cento; 11 interventi di completamento, pari al 4 per cento.

Inoltre, non sarà possibile procedere alla realizzazione di n. 80 interventi consistenti nell'acquisto di attrezzature e tecnologie sanitarie, pari al 29,2 per cento degli interventi previsti, ed all'acquisto di 7 immobili pari al 2,5 per cento degli interventi previsti.

Tale logica perversa di contenimento della spesa ha inoltre determinato il mancato stanziamento della ulteriore disponibilità di un miliardo di euro prevista dal Patto per la salute, determinando ulteriore disagio nell'avanzamento dei programmi di investimento, non solo nei confronti delle situazioni di "disagio operativo" ma anche in quelle realtà caratterizzate da una forte dinamica nella riorganizzazione delle reti strutturali e nell'ammodernamento delle tecnologie: tali realtà sono rappresentate dalle Regioni del Nord Italia Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria ed Emilia Romagna, del Centro nord Toscana, Marche ed Umbria, che hanno completamente utilizzato le risorse loro attribuite ex articolo 20 legge 67/88.

In tali contesti la dinamica evolutiva dei programmi di investimento è condizionata sia dal blocco delle disponibilità residue ex articolo 20 che dall'azzeramento delle ulteriori nuove disponibilità statali; in tali regioni i programmi di investimento sono ad oggi sostenuti solo a carico di risorse, regionali ed aziendali, con impieghi di bilancio, patrimoniali e di finanza di progetto, estremamente onerosi e critici.

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

Con l'Accordo sottoscritto tra Governo e Regioni in data 21 dicembre 2011 sul Trasporto Pubblico Locale (allegato alla presente scheda) viene disposto l'utilizzo di ulteriori 148 milioni di euro delle risorse residue dell'edilizia sanitaria per il finanziamento dell'Accordo medesimo; contestualmente il Governo si impegna a sbloccare le risorse per l'edilizia ospedaliera entro un mese dalla sottoscrizione dell'Accordo..

IL FABBISOGNO TRIENNALE PER INVESTIMENTI IN SANITA'

Per la determinazione del fabbisogno nel settore degli investimenti sanitari il ministero della Salute e le regioni si avvalgono della collaborazione del Nucleo di valutazione degli investimenti in sanità, costituito ed operante presso il ministero.

La determinazione del fabbisogno avviene su base triennale e consente di garantire il prosieguo della programmazione strategica in sanità attraverso la dinamica degli Accordi di programma ex articolo 20 della legge n.67 del 1988.

Nel triennio 2007-2009, periodo di validità del primo Patto per la salute, il fabbisogno di investimenti fu assicurato garantendo la continuità dei programmi in corso e fu determinato nella misura di 2,425 Miliardi di Euro, assicurata dagli stanziamenti disposti con la legge 27 dicembre 2006 (Finanziaria 2007).

Nel triennio 2010-2012, periodo di validità del secondo Patto per la salute, il fabbisogno previsto nella misura di 4 miliardi di euro, fu coperto per 3 miliardi di euro dagli stanziamenti disposti dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) e dalla legge 23 dicembre 2009, n. 191 – articolo 2 comma 69 – che ha incrementato il programma di investimenti di 1 miliardo di euro sulla base dell'intesa sancita nell'approvazione del Patto per la salute.

Le manovre di blocco della spesa di sviluppo, sopra ricordate hanno di fatto impedito l'utilizzo delle risorse relative, determinando un quadro di necessità urgenti ed indifferibili:

- in primis, per garantire gli Accordi di programma per investimenti ad oggi bloccati per 1,502 Miliardi di euro;
- indi per assicurare il restante fabbisogno programmato, fino a concorrenza dei 24 Miliardi di euro, assicurati con il precedente Patto per la Salute.

Nel triennio 2013-2015, periodo di validità del presente Patto per la salute, il fabbisogno triennale da assicurare per garantire i programmi di investimento strategico in sanità, compreso quello derivante dalle necessità di adeguamento a norme antincendio delle strutture sanitarie (vedi, successiva scheda specifica), ammonta a 4,5 Miliardi di euro.

SBLOCCO DEI FONDI FAS IN ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI VIGENTI

Al fine di sostenere i percorsi già avviati di riqualificazione dell'offerta sanitaria, in ottica di riordino e razionalizzazione della rete ospedaliera e di potenziamento della rete sanitaria territoriale, e al fine di raggiungere gli obiettivi di copertura territoriale fissati dal presente Patto per la Salute, si richiede che venga data piena operatività alle intese tra il Governo e le Regioni relative a:

- Attuazione del QSN 2007-2013 e programmazione del FAS per lo stesso periodo (Del. CIPE n. 166/2007 e s.m.i.) con specifico riferimento allo sblocco entro il 30.06.2012 delle risorse FAS allocate sui programmi di investimento e di infrastrutturazione regionale sanitaria e sociosanitaria, già oggetto di specifici protocolli di intesa e non ancora messe nella disponibilità delle Regioni assegnatarie;
- Attuazione degli investimenti di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della l. n. 67/1988 nei limiti delle dotazioni finanziarie già assegnate dopo il 2007, ove non ancora rese oggetto di specifici Accordi di Programma integrativi tra le Regioni interessate e il Ministero della Salute, con specifico riferimento allo sblocco delle risorse finanziarie già assegnate a ciascuna Regione e la sottoscrizione di tutti gli accordi di programma integrativi che saranno pervenuti entro il 30.06.2012 entro il 31.12.2012.

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

RELAZIONE

Nell'ambito delle attività istituzionali del Ministero dell'Interno concernenti la competenza esclusiva in materia di prevenzione incendi, con decreto ministeriale, in data 18 settembre 2002, sono state adottate le regole tecniche di sicurezza antincendio per le nuove strutture sanitarie pubbliche e private ed è stato fissato un termine di cinque anni per l'adeguamento delle strutture già esistenti.

In ragione del mancato adeguamento a tale normativa di gran parte delle strutture sanitarie, nonostante il predetto termine sia già scaduto nel dicembre 2007, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano ha rappresentato l'esigenza di individuare soluzioni concrete per completare la messa in sicurezza di un settore così delicato per la collettività.

A tal fine, esclusa la possibilità di una mera proroga del termine per l'adeguamento previsto dal citato D M, si ritiene opportuno delineare un percorso che porti alla definizione di un "piano straordinario di adeguamento", da realizzare salvaguardando gli adempimenti stabiliti dalla normativa vigente in materia.

Presupposti indispensabili del nuovo percorso sono costituiti dalla scelta di condizionarne l'attivazione alla effettiva realizzazione degli interventi, attraverso la disponibilità di apposite risorse finanziarie e con un programma di interventi da definire in un arco temporale realistico.

In breve, i passaggi, attraverso i quali occorre attivare il predetto percorso, possono essere i seguenti:

*1) definizione di uno **strumento legislativo** che consenta il completamento dei lavori di adeguamento alla normativa di prevenzione incendi vigente solo alle strutture che, esistenti alla data di entrata in vigore del D.M. in parola (26 dicembre 2002), avevano ottenuto l'approvazione del progetto antincendio da parte del competente Comando provinciale dei vigili del fuoco entro la data di scadenza del termine previsto dal medesimo decreto (27 dicembre 2007). Lo strumento normativo dovrà ricondurre le nuove procedure nell'ambito dell'alveo delineato dal procedimento di cui al D.P.R. n. 37/1998 (rilascio del CPI).*

In concreto si tratta di mettere in sicurezza le predette strutture, sulla base di un programma di adeguamento, da realizzarsi entro un determinato periodo temporale dalla entrata in vigore dello stesso, diversificando la tempistica in funzione della complessità delle varie strutture;

*2) previsione di un **piano finanziario nazionale** (eventualmente contenuto nello strumento legislativo di cui al punto precedente) che consenta la graduale realizzazione degli interventi di completo adeguamento alle misure di sicurezza antincendio di cui al D.M. 18 settembre 2002 nonché la formazione del personale, necessaria per l'attuazione del programma di adeguamento, anche eventualmente con l'aggiornamento del decreto del Ministro dell'Interno del 10 marzo 1998.*

Le relative risorse sono da individuare all'interno di quelle già previste nella programmazione di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, nonché con gli apporti di risorse proprie delle Regioni e delle aziende nell'ambito dei programmi triennali di investimenti di cui al decreto legislativo n. 163/2006;

*3) definizione dello **strumento tecnico-normativo** di attuazione del provvedimento legislativo di cui al punto 1, che individui sia i contenuti tecnici che la speciale procedura per l'attuazione del piano di adeguamento, da realizzarsi in più fasi temporali, nonché le priorità tecniche da assicurare per ciascuna delle suddette fasi, che rendano vincolante anche la prosecuzione dell'esercizio dell'attività.*

4) La revisione della regola tecnica antincendio del 2002; infatti l'applicazione integrale del D.P.R.151/2011, che prevede la certificazione di adeguamento antincendio per l'intero immobile, in molti casi di edifici esistenti e datati, risulta impossibile per la tempistica prevista, per gli alti costi da sostenere ma anche per la non reperibilità delle certificazioni su materiali ed installazioni da acquisire, ora per allora, indispensabili per l'ottenimento del Certificato Prevenzione Incendi.

Diviene pertanto indispensabile, entro un anno dalla pubblicazione del D.P.R. n. 151/2011, promulgare un Decreto da parte del Ministero dell'Interno, sentita la Conferenza Stato-Regioni, in grado di fornire nuove indicazioni sugli standard di sicurezza delle strutture con fasi attuative per un progressivo incremento della di sicurezza, secondo i principi dettati dalle norme e la salute nei luoghi di lavoro di cui al DLgs n. 81/2008.(analisi del rischio)

I nuovi procedimenti previsti dal D.P.R.151/2011 relativi alla certificazione SCIA di strutture sanitarie esistenti di superficie maggiore di 500 metri quadrati (precedentemente non soggette a CPI) risultano burocraticamente onerosi (in sostanza bisogna "rifare" i progetti degli impianti esistenti)e non di facile applicazione;i risultati che si otterrebbero non aumentano il grado di sicurezza già stabilito dal DLgs 81/2008.

TITOLO: Piani di rientro

TITOLO - FINANZIAMENTI E MODALITA' DI EROGAZIONE**Premessa**

L'attuale modalità di erogazione dei finanziamenti alle regioni condiziona le politiche di riequilibrio economico e finanziario e l'organizzazione dell'offerta sanitaria delle regioni e necessità ormai di una rivisitazione delle procedure

Obiettivi /Elementi strategici

Migliorare la programmazione delle risorse, consentire la più corretta applicazione del d lgs 118/2011, agevolare i processi di riequilibrio economico finanziario delle regioni

Azioni /Eventuali revisioni normative

Definire in tempi certi la proposta di ripartizione dei finanziamenti di competenza del settore sanitario
Prevedere una gradualità di sanzioni e premi nonché una riduzione della percentuale del finanziamento la cui erogazione è subordinata alla verifica degli adempimenti regionali

Benefici attesi

Maggiore liquidità nelle casse regionali con conseguente abbattimento dei costi derivanti da contenzioso per ritardati pagamenti

Note**Allegati**

Relazione esplicativa

TITOLO – Procedure di validazione degli atti e sistema di monitoraggio**Premessa**

E' opportuno legare le procedure di verifica degli obiettivi delle regioni in piano di rientro oltre che all'aspetto economico al miglioramento complessivo dell'attività assistenziale ed offrire percorsi certi ai procedimenti di validazione degli atti regionali ad opera del tavolo romano.

Obiettivi /Elementi strategici

Coniugare in maniera compiuta le esigenze di offrire agli utenti una risposta assistenziale più moderna e qualificata, caratterizzata anche da tempi certi delle procedure, e di salvaguardare le esigenze irrinunciabili di pervenire a bilanci in equilibrio.

Azioni /Eventuali revisioni normative

Prevedere un programma di riorganizzazione secondo livelli organizzativi standard e valutare i miglioramenti dell'assistenza in base all'attuazione di misure improntate ad efficienza efficacia ed

economicità (es. chiusura o riconversione del 10% dei piccoli ospedali, miglioramento del case-mix del 0,5, riduzione del day hospital del 15% annuo con trasformazione in day surgery, realizzazione di una rete oncologica).

Sui processi di validazione prevedere un meccanismo di silenzio assenso decorso un termine massimo stabilito, salvo i casi di conclamata urgenza.

Benefici attesi

Garanzia dei LEA, miglioramento della qualità assistenziale e tempi certi per la produzione degli effetti dei provvedimenti che disciplinano la materia

Note

Allegati

Relazione esplicativa

TITOLO – Sblocco percentuale del divieto di assunzione

Premessa

Il perdurare del blocco del turn over e la necessità di assicurare i LEA rende indifferibile una diversa regolamentazione delle politiche di reclutamento nei SSR delle regioni in piano di rientro attraverso la previsione di una quota percentuale di personale dirigenziale e di comparto reclutabile in rapporto alla quota del personale cessato nell'anno precedente.

Obiettivi /Elementi strategici

Si rende più sicuro il percorso di garanzia dei livelli essenziali di assistenza e si produce, nel contempo una riduzione delle voci di spesa relative al lavoro straordinario e a quello reso in regime di prestazioni aggiuntive.

Azioni /Eventuali revisioni normative

Prevedere un parziale sblocco del turn over

Rimodulare la legge 23 dicembre 2009 n. 191 nella parte in cui prevede il blocco automatico del turn over del personale del SSN sino al 31 dicembre 2012.

Benefici attesi

Garanzia dei LEA miglioramento della qualità assistenziale e riduzione delle voci di spesa del personale del SSN

Note

Allegati

Relazione esplicativa

1. Modifiche del blocco del turn-over.

Il complesso normativo che ha disciplinato la situazione pregressa del personale è consistito in una serie di norme finanziarie nazionali, di leggi regionali e dei patti previsti nel Piano di rientro.

Tali disposizioni, fin dal dicembre 2006, hanno riguardato la determinazione delle consistenze organiche, le politiche di reclutamento del personale del SSR, la disciplina della costituzione dei fondi per la contrattazione integrativa aziendale, ed altri aspetti di corollario della gestione complessiva del personale.

Le politiche di reclutamento, in particolare, disciplinate nei Piani di rientro hanno registrato nel blocco del turn-over la misura primaria diretta alla riduzione del costo del personale.

In realtà, il perdurare del blocco delle assunzioni e di ogni altra forma di reclutamento, a fronte delle progressive uscite di personale per quiescenza, stanno da tempo determinando effetti pregiudizievoli sia sulla compiutezza dell'offerta sanitaria e della garanzia del diritto alla salute, sia sul totale conseguimento degli obiettivi di risparmio preventivati.

Queste due conseguenze sono direttamente collegate tra loro, dal momento che la prima, tradotta nell'esigenza di assicurare i livelli essenziali di assistenza, induce i soggetti gestori del servizio a porre in essere talune procedure "alternative" che devono sopperire alla mancanza di personale dedicato, quali il ricorso ad ingenti prestazioni di lavoro straordinario o in regime di prestazioni aggiuntive, o altre fattispecie quali l'acquisto di prestazioni professionali da privati, in forme varie, che, tutte insieme, vanificano le conseguenze della misura rigorosa del blocco in termini di mancato risparmio, se non addirittura in termini di maggiori costi.

Queste considerazioni rendono maturi i tempi per rivedere nei Piani le disposizioni di blocco del turn-over e la necessità di dirigere le esigenze di riduzione del costo del personale su altri campi (rivisitazione delle dotazioni organiche, rideterminazione dei fondi della contrattazione integrativa) dello stesso settore o di altri settori di intervento che consentano almeno uno sblocco parziale delle assunzioni a tempo indeterminato.

La fondatezza delle argomentazioni espone trova conforto, del resto, in due recenti produzioni normative del legislatore statale, nella specie la legge 15 luglio 2011 n. 111 (art. 17 comma 4 lett. f)) e la legge 14 settembre 2011 n. 148 (art. 23 bis) che prevedono, rispettivamente per i dirigenti medici responsabili di struttura complessa e per il restante personale, particolari procedure di reclutamento previa autorizzazione ministeriale in ragione di una prevista diminuzione delle voci di spesa afferenti prestazioni di lavoro straordinario e in regime di prestazioni aggiuntive.

Le coperture economiche derivanti dal parziale sblocco del turn over dovranno insistere sulla riduzione delle voci di spesa straordinaria per il personale in servizio e di altre forme alternative di acquisto di prestazioni da privati (lavoro interinale, convenzioni) e, solo ove necessario, con interventi di razionalizzazione di altre voci di spesa diverse dal costo del personale, da concordare con le singole regioni.

La norma nazionale da rimodulare è la legge 23 dicembre 2009 n. 191 (legge finanziaria 2010) che, nella parte dedicata al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario dei bilanci delle Regioni e ai Piani di rientro (commi da 75 a 91), ha statuito che per le Regioni che risultano in squilibrio economico è previsto un aggravamento delle misure già previste dalla legge 311/2004, (vale a dire l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente), in quanto si aggiunge al quadro sanzionatorio il blocco automatico del turn over del personale del SSN sino al 31 dicembre del secondo anno successivo (e quindi al 31.12.2012) e il divieto di effettuare spese non obbligatorie, con conseguente nullità degli atti emanati e dei contratti stipulati in violazione del suddetto divieto. Nel riformulare la norma andrebbe espunto, il dispositivo circa il divieto di effettuare spese "non obbligatorie".

2. Gradualità delle sanzioni e dei premi

1. In caso di disavanzo non coperto del servizio sanitario di una regione in piano di rientro, ferme restando le condizioni che determinano l'innalzamento delle aliquote dell'addizionale IRPEF e dell'IRAP nelle misure massime stabilite dalla normativa vigente, compreso l'eventuale ulteriore incremento delle aliquote dell'IRAP e dell'addizionale all'IRPEF previsto dall'art. 2, commi 83, lettera b) e 86 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nonché l'eventuale adozione per uno o più esercizi dell'ulteriore incremento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'IRPEF al livello massimo previsto dall'art. 6 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, non si applicano: il blocco totale del turn over del personale degli enti sanitari, il divieto di effettuare spese non obbligatorie, il blocco dei trasferimenti erariali non obbligatori e le sanzioni previste dagli articoli 2 e 3 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149, qualora:

a) l'andamento nell'ultimo triennio dei costi totali del settore sanitario della regione interessata, rispetto a quello complessivo delle altre regioni, accertato dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui rispettivamente all'articolo 12 e all'articolo 9 della intesa del 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sia mediamente inferiore di almeno il 20% e tale differenza sia maggiore nell'ultimo esercizio rispetto alla media dei due esercizi precedenti;

oppure, qualora:

b) la capacità fiscale media pro capite della regione interessata sia inferiore rispetto alla media nazionale e si evidenzi che, qualora essa disponesse della capacità fiscale media, il disavanzo sanitario risulterebbe coperto; in tal caso, sarà considerata ad ogni effetto idonea misura di copertura la ripartizione del disavanzo sugli esercizi futuri in misura compatibile con la effettiva capacità fiscale della regione.

2. Nel caso in cui la regione non sia in piano di rientro, ovvero, non sia commissariata ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, oppure, ancorché commissariata, si siano verificate nell'esercizio precedente le condizioni di cui alla lettera a) o b) del comma 1 del presente articolo, l'acconto statale per il finanziamento in corso d'anno della quota indistinta del fabbisogno sanitario è elevata dal 97% al 99%, rimanendo l'1% subordinato alla verifica degli adempimenti regionali.

3. Finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati

1. Al fine di agevolare il riequilibrio economico e finanziario delle regioni in piano di rientro, la copertura finanziaria degli ammortamenti 2001 – 2011 non sterilizzati, per la parte non spesa nell'esercizio 2011, sarà oggetto di apposita anticipazione di liquidità da parte dello Stato, da rimborsare in venticinque anni a valere sulle entrate del bilancio regionale derivanti da tributi propri della o dal gettito di tributi erariali o di quote di essi devoluti alla regione.

4. Tempi di ripartizione ed erogazione dei fondi

1. Sia per migliorare la programmazione delle risorse, sia per consentire la più corretta applicazione del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, il Governo si impegna a definire entro il 30 giugno di ogni anno le proposte alle regioni per la ripartizione di tutti i finanziamenti di competenza del settore sanitario nell'esercizio in corso e, dopo l'approvazione delle stesse, a pervenire alla erogazione dei finanziamenti, al massimo, entro i tre mesi successivi.

2. Lo Stato e le Regioni, ciascuno per la parte di propria competenza, si impegnano a completare le verifiche degli adempimenti cui è subordinata l'erogazione del saldo del finanziamento statale della quota indistinta del fabbisogno sanitario entro il 30 settembre dell'anno successivo, a decorrere dal saldo del finanziamento dell'esercizio 2011.

3. Le regioni interessate, in caso sussistano inadempimenti che precluderebbero l'accesso alla quota premiale, avranno ulteriori sei mesi per completare gli adempimenti. L'erogazione della quota premiale dovrà essere effettuata dallo Stato entro sessanta giorni dal completamento della verifica degli adempimenti con esito positivo.

4. Le Regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari le risorse Fas relative ai programmi di interesse strategico regionale di cui alla delibera CIPE n. 1/2009 nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piano attuativi regionali da parte del CIPE (così come già previsto nel Patto della Salute 2010-2012 e nella Legge n. 191/2009 art. 2, comma 90).

5 . Modifiche delle procedure di validazione degli atti e del sistema di monitoraggio

Il sistema di monitoraggio dei Piani di rientro è allo stato molto complesso e orientato principalmente alla verifica documentale degli obiettivi economici e/o assistenziali. La riduzione del disavanzo economico rappresenta sicuramente un obiettivo fondamentale, ma, dopo i primi anni di consistente riduzione, può comportare un peggioramento nella qualità dell'assistenza se non il rischio di mancata erogazione dei Lea. Per questo motivo si propone di modificare la modalità di verifica degli obiettivi attraverso un Programma di riorganizzazione secondo Livelli Organizzativi Standard. In questo caso, pur tenendo sotto controllo l'aspetto economico, la Regione potrebbe essere valutata sulla base del progressivo ed effettivo miglioramento dell'attività assistenziale. I relativi finanziamenti potrebbero essere liberati a seconda della percentuale di raggiungimento degli obiettivi organizzativi programmati. Si potrebbe, a titolo esemplificativo, prevedere la chiusura o riconversione di almeno il 10% dei piccoli ospedali; il miglioramento del case-mix dello 0,5; riduzione del day hospital del 15% annuo con trasformazione in day service; conversione del 5% dei posti letto chirurgici in week surgery; realizzazione di una rete oncologica. Le diverse modalità di verifica ed la liberazione progressiva delle risorse potrebbe essere validata dalla STEM che potrebbe assumere, insieme all'AGENAS, un ruolo fondamentale nell'"affiancamento" ai Tavoli di verifica per il raggiungimento degli obiettivi sanitari.

E' necessario, altresì, prevedere una periodica rimodulazione dei Piani (cd. Manutenzione del Piano di rientro) anche alla luce delle continue modifiche normative che spesso incidono sul risultato atteso e previsto dai provvedimenti previsti del Piano.

Bisogna, inoltre, prevedere l'ipotesi di un programma per la realizzazione degli obiettivi non raggiunti mediante accordo integrativo.

Nell'ambito dei processi di controllo e verifica del conseguimento degli obiettivi fissati si inserisce, inoltre, la procedura di validazione/approvazione degli atti prodotti dalla regione sottoposta al piano o commissariata.

L'esperienza maturata in materia lascia prevedere la opportunità di chiarire in via definitiva la qualificazione giuridica dell'atto prodotto dalla regione – sia esso deliberazione di giunta regionale o decreto del commissario ad acta – in relazione al momento di produzione degli effetti, al fine di attribuire alla validazione/approvazione dei Ministeri affiancanti la valenza di atto finale di un procedimento a formazione progressiva oppure di atto di controllo successivo.

Al riguardo, al fine di non impantanarsi in una disquisizione giuridica circa la natura dell'atto regionale sottoposto a controllo si propone di concepire un meccanismo che da un lato preveda un termine massimo entro il quale il Ministero competente dovrà esprimere il proprio parere sul provvedimento (in tal caso in mancanza di riscontro si potrebbe ipotizzare una fattispecie di silenzio assenso) e dall'altro consenta, in casi di conclamata urgenza ed indifferibilità, di ipotizzare atti regionali che spieghino i loro effetti anche nelle more del completamento del procedimento di validazione, che, ove dovesse concludersi in senso negativo, produrrebbe la caducazione dei predetti effetti in via retroattiva.

6. Commissari e sub commissari precisazione ruoli.

Pare opportuno, alla luce delle sentenze della Corte Costituzionale per le quali il Consiglio Regionale non può intervenire sul mandato commissariale, di rafforzarne il ruolo e poteri, anche per una più idonea difesa davanti al TAR, eventualmente procedendo a nomina e mandati con DPCM.

Va meglio chiarito cosa succede in caso di mancato adeguamento degli organi collegiali alle indicazioni del Commissario ex art. 2, co. 80 l. 191/2009 tenendo presente che l'atto di stimolo del Consiglio è atto amministrativo che potrebbe essere soggetto, a sua volta, al giudizio di legittimità del TAR.

Norme da modificare o integrare l. 222/07, art. 4 e l. 191/2009

TITOLO: Residenzialità socio-sanitaria extraospedaliera

Integrazione sociosanitaria, con particolare riferimento alla rete dei servizi per l'assistenza e la cura delle persone non autosufficienti, in particolare anziani e disabili.

Premessa

Lo scenario della cura e assistenza alle persone non autosufficienti è noto da tempo ed è condizionato dall'aumento della durata della vita e, conseguentemente, delle patologie croniche correlate all'invecchiamento, dall'aumento dell'indice di dipendenza, per lo squilibrio tra natalità e mortalità, dall'aumento della durata della vita delle persone con handicap gravi ed esiti di patologie invalidanti.¹

Questo scenario negli ultimi anni è diventato ancor più critico, in particolar modo in Italia, paese caratterizzato da un rilevante ruolo delle famiglie nella gestione di questi problemi, sia a causa delle diminuite disponibilità economiche delle famiglie, ma anche della diminuzione delle risorse pubbliche che concorrono a sostenere il costo dei servizi. Inoltre l'allungamento della vita lavorativa renderà ancor meno disponibili le risorse umane, soprattutto femminili, impegnate in ruoli di cura domestici.

L'Istat prevede che la popolazione ultraottantenne in Italia, quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale e di cura, passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030 (Istat (2011) Demografia in cifre, www.demo.istat.it).

All'aumento della domanda di assistenza va correlata la diminuzione della capacità di cura ed assistenza delle reti familiari e sociali, la diminuzione della popolazione attiva (la popolazione tra i 15 e i 64 anni passerà da 38,8 del 2005 a 30 milioni nel 2030): il tutto ben sintetizzato dall'incremento dell'indice di dipendenza che passerà dal 29,4 nel 2005 a circa il 62,3 nel 2030.

La dinamica demografica e sociale evidenzia per tutto il settore di assistenza e cura per la non autosufficienza un trend incrementale, associato alla consapevolezza della limitata possibilità di ridurre in modo significativo i costi (anche attraverso innovazioni tecnologiche) almeno per i livelli più elevati di non autosufficienza, che continueranno ad essere in gran parte costituiti dal costo del personale di assistenza.

Questo scenario richiede lo sviluppo di un approccio tecnico e scientifico alla condizione di "cronicità", con nuovi paradigmi e strumenti, e che sia capace di assumere una prospettiva di lungo periodo e di assumere il recupero degli esiti invalidanti, la valorizzazione delle autonomie residue ed il miglior benessere possibile per le persone come obiettivi guida dell'agire.

Di contro, l'estrema eterogeneità dell'intervento pubblico nelle diverse regioni italiane e la complessiva insufficienza dell'offerta di servizi per la cura delle persone non autosufficienti nel nostro Paese, carenza rilevante soprattutto se rapportata al quadro europeo, costringe il sistema istituzionale a individuare strategie innovative, né pare strategico puntare per tutto questo settore su risorse di carattere privatistico. L'OCSE ci mette in guardia anche sulle reali potenzialità di tali strumenti, in periodi di scarse risorse delle famiglie.

¹ CENSIS, *Vecchi e nuovi scenari del welfare: voglia di futuro, sintesi della ricerca*, 2010

Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Secondo Rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia Assistenza territoriale e cure domiciliari*, A cura di Angelo Lino Del Favero, 2011

Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITA LIA 3° Rapporto Il monitoraggio degli interventi e il punto sulla residenzialità*, IRCCS-INRCA, 2011

E' quindi necessario un ampio sforzo per la definizione di un nuovo approccio integrato alle politiche per la non autosufficienza, che coinvolga competenze e culture diverse, le diverse istituzioni pubbliche e i soggetti sociali, le diverse politiche (dell'immigrazione, dell'abitare, della mobilità, della formazione, oltre ovviamente a quelle sociali e sanitarie).

In questo quadro occorre anche rivedere le forme di sostegno finanziario alle famiglie che svolgono attività di cura, integrando gli istituti regionali e locali (assegni di cura e contributi) con quelli nazionali (assegno di accompagnamento).

Obiettivi/elementi strategici

E' necessario quindi un approccio aperto che ri-consideri l'insieme delle risorse già oggi utilizzate per la non autosufficienza, superando logiche settoriali, che garantisca l'integrazione (mettendo in stretta relazione percorsi di cura e assistenza ospedalieri, sanitari e sociosanitari territoriali, socio assistenziali), l'apporto complessivo di tutti i soggetti (sia con ruoli istituzionali che familiari), l'approccio solidaristico e la valorizzazione delle comunità locali (mettendo a valore le risorse umane delle associazioni e delle reti informali).

Questo sforzo dovrà permettere, anche attraverso alla riconversione di parte della spesa pubblica, non del solo settore sociosanitario, di sviluppare l'offerta, per rendere più adeguata la situazione italiana rispetto al contesto europeo.²

Parte importante ma non esclusiva di questo percorso è la definizione di un quadro di riferimento normativo più omogeneo di quello assicurato dall'attuazione delle disposizioni vigenti (normativa sui LEA socio-sanitari).

Per quanto riguarda il servizio sanitario, la effettiva realizzazione di un sistema integrato di lunga assistenza e cura per le persone non autosufficienti diffuso omogeneamente su tutto il territorio nazionale, oltre a costituire un elemento di equità e coesione sociale, rappresenta anche una predicondizione indispensabile per il riorientamento e la riorganizzazione di importanti funzioni sanitarie, a partire dall'assistenza ospedaliera.

Azioni/ Eventuali revisioni normative

1. Sviluppare la prevenzione
 - a. Attuazione di programmi per la prevenzione della non autosufficienza, da praticare attraverso la promozione di adeguati stili di vita a partire dall'età giovanile ed adulta, ed intensificati nella terza e quarta età;
 - b. Sviluppo di politiche pubbliche che agiscano sui fattori determinanti per la salute e il benessere;
 - c. Programmi di contrasto e rallentamento dei processi di non autosufficienza, attraverso programmi di sostegno alle persone fragili per situazioni concomitanti di salute e condizione socio relazionale ed attraverso il rafforzamento delle reti sociali.
2. Assicurare, nel rispetto delle scelte organizzative di ogni Regione, un sistema a rete di tutti gli interventi ed azioni per la popolazione non autosufficiente, legato ad un ambito territoriale

² IRS, "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi", Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2010

omogeneo (l'ambito del distretto) e capace di promuovere e sostenere la diffusione di nuove forme di assistenza e cura per la non autosufficienza, in particolare sui seguenti ambiti:

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

Benefici attesi

- 1 Maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse (dall'Assegno di accompagnamento all'assistenza ospedaliera)
- 2 Maggiore equità su territorio nazionale
- 3 Realizzazione condizioni per ridefinizione rete ospedaliera e territoriale
4. Recupero risorse per sviluppo rete integrata per la lunga assistenza

TITOLO: Strutture di ricovero sanitarie extraospedaliere

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

Premessa

Nel progetto Mattone 1 sono state classificate e censite tutte le Unità di Offerta sanitarie e socio-sanitarie presenti nel territorio nazionale secondo una classificazione e definizione ora condivisa da tutte le Regioni. Per quanto riguarda le Strutture residenziali sanitarie deputate ad erogare Cure Intermedie (temporanee e di transizione tra ospedale e territorio), numerose Regioni stanno già programmando l'attivazione di queste unità di offerta (come ad esempio Ospedali di Comunità) secondo criteri e standard molto eterogenei. La naturale prosecuzione del Progetto Mattone sarebbe nella direzione della definizione di standard organizzativi e strutturali oltre che di offerta per abitante, ad esempio, per le strutture di ricovero sanitario extraospedaliero.

Obiettivi/elementi strategici

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

Azioni

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

Benefici

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

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

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

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

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

Art. 8: Assistenza farmaceutica e dispositivi medici.

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

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

Art. 10: Monitoraggio e verifica dei LEA.

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

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

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

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

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

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

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

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

Premessa normativa all'accordo in Conferenza Stato/Regioni

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

PREMESSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VISTI l'art. 16 – *Contenimento delle spese in materia di impiego pubblico* - e il successivo art.17 – *Razionalizzazione della spesa sanitaria* - del **decreto legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito in legge 15 luglio 2011 n.111** che al comma 1 stabilisce che *il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui*

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

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

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

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

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

SANCISCE INTESA

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