



*Ministero della Salute*

**BOZZA NUOVO PATTO PER LA SALUTE  
2019-2021**

27.05.2019

## ART 1

### Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali

#### **Art 1 – Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali** **Bozza articolato**

1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2019-2021, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato:
  - è confermato in 114.439.000.000 euro per l'anno 2019;
  - è fissato in 116.439.000.000 euro per l'anno 2020 e in 117.939.000.000 euro per l'anno 2021, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico, nel qual caso si rimanda a quanto previsto all'articolo XX comma 2 del presente documento.

## ART 2

### Garanzia dei LEA e Governance del SSN

#### **Garanzia dei LEA**

Al fine di assicurare uniformità nell'erogazione dei LEA a tutti i cittadini, il Governo e Regioni si impegnano a superare le inefficienze territoriali e a favorire comportamenti improntati alla solidarietà e alla corresponsabilità delle Regioni nel perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica.

Governo e Regioni, in sede di aggiornamento annuale dei livelli essenziali di assistenza, si impegnano ad utilizzare anche metodologie di *Health Technology Assessment* (HTA), integrando le diverse competenze delle Direzioni del Ministero, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Aifa, dell'Agenas e della cabina di regia per l'HTA dei dispositivi medici all'interno di un unico processo di valutazione, che misurerà il reale impatto attuale e prospettico della proposta di aggiornamento sull'intero sistema sanitario, in termini di benefici, di costi emergenti e di costi evitati.

L'attività di monitoraggio e verifica sull'effettivo stato di erogazione dei LEA rappresenta un compito centrale nella *governance* del SSN, allo scopo di promuovere e garantire un corretto accesso ai servizi dei cittadini.

La garanzia di omogeneità dell'erogazione sul territorio nazionale dei LEA sarà più efficacemente misurata dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Come previsto dall'art. 1, comma 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 "Patto per la Salute 2014-2016", con D.M. del 12 marzo 2019, è

stato istituito il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), strumento volto a descrivere e monitorare la corretta ed equa erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.

Si conviene sull'utilizzo da parte del Ministero della Salute del NSG quale strumento di misurazione per evidenziare situazioni di particolare squilibrio dei Sistemi Sanitari Regionali che, attraverso l'attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare "chirurgicamente" le eventuali criticità a livello di singole Aree di Assistenza.

Al fine di rendere operativo quanto previsto dal citato D.M. all'articolo 3 (audit, percorsi di miglioramento, inerzia o persistente mancato raggiungimento degli obiettivi di miglioramento), il Ministero, d'intesa con le Regioni, provvederà entro 60 giorni dalla presente Intesa a definirne le modalità di attuazione.

### ***Governance del SSN***

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato con il d.lgs. 229/99 ha delineato un sistema di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale caratterizzato dal rafforzamento del ruolo regionale sulla sanità e dal processo di aziendalizzazione delle unità sanitarie locali, dotate di autonomia giuridica.

Tale modello istituzionale ed organizzativo si è evoluto nel tempo, come si evidenzia in primo luogo dal forte sviluppo dei processi di aggregazione delle aziende sanitarie locali che risponde a diverse esigenze, tra cui quelle di consentire economie di scala nelle attività generali e nei processi di acquisizione di beni e servizi, rafforzare processi di aggregazione e specializzazione funzionale prevalentemente nelle attività di supporto, facilitare il governo regionale delle aziende sanitarie.

Questo processo si accompagna ad un più articolato assetto istituzionale locale che si è progressivamente sviluppato e che prevede talora la costituzione di nuove aziende regionali o altre organizzazioni che svolgono funzioni di supporto alla Regione, di coordinamento di specifici settori (ad esempio le Aziende per l'emergenza regionale), garantendo l'unificazione di processi di gestione tecnico-amministrativa, la programmazione integrata sociosanitaria, fino al supporto regionale nelle funzioni di programmazione e monitoraggio delle aziende sanitarie.

Al contempo la crescente responsabilizzazione delle Regioni, sia in termini economici che di garanzia dei LEA e di qualità dei servizi erogati, ha modificato i rapporti con le aziende sanitarie e in particolare l'ambito di autonomia delle aziende sanitarie, accrescendo il ruolo regionale di governance e di capogruppo delle aziende sanitarie, anche a garanzia della sostenibilità del sistema, in particolare nelle Regioni soggette a piano di rientro e anche nei confronti delle aziende soggette ai piani di rientro.

Pertanto, anche alla luce dei mutati assetti organizzativi nelle diverse realtà regionali, appare necessario procedere ad una revisione del decreto legislativo n. 502/1992, al fine di aggiornare la *governance* del sistema sanitario regionale alle mutate condizioni al contesto.

A tal fine si conviene di costituire uno specifico gruppo di lavoro interistituzionale con la partecipazione delle Regioni e del Ministero della salute, coordinato dal Ministero della salute, per definire i contenuti della revisione del decreto legislativo n. 502/1992 entro la prossima legge di bilancio.

**Art 2 – Garanzia dei LEA e Governance del SSN**  
**Bozza di articolato**

1. Governo e Regioni in sede di aggiornamento annuale dei livelli essenziali di assistenza si impegnano ad utilizzare anche metodologie di Health Technology Assessment (HTA), integrando le diverse competenze delle Direzioni del Ministero, dell’Istituto Superiore di Sanità, dell’Aifa, dell’Agenas e della cabina di regia per l’HTA dei dispositivi medici all’interno di un unico processo di valutazione, che misurerà il reale impatto attuale e prospettico della proposta di aggiornamento sull’intero sistema sanitario, in termini di benefici, di costi emergenti e di costi evitati.
2. Stato e Regioni convengono sull’utilizzo da parte del Ministero della Salute del Nuovo Sistema di Garanzia quale strumento di misurazione idoneo ad evidenziare situazioni di particolare squilibrio dei Sistemi Sanitari Regionali il quale, attraverso l’attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare “chirurgicamente” le eventuali criticità a livello di singole Aree di Assistenza. Al fine di rendere operativo quanto previsto dal D.M. 12 marzo 2019, articolo 3 (audit, percorsi di miglioramento, inerzia o persistente mancato raggiungimento degli obiettivi di miglioramento), il Ministero, d’intesa con le Regioni, provvederà entro 60 giorni dalla presente Intesa a definirne le modalità di attuazione.
3. In considerazione dell’evoluzione del sistema di regionalizzazione ed aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale avviato con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, con i relativi mutati assetti istituzionali ed organizzativi nelle diverse realtà regionali, appare necessario procedere ad una revisione del decreto legislativo n. 502/1992, anche al fine di aggiornare la *governance* del sistema sanitario regionale alle mutate condizioni al contesto. A tal fine si conviene di costituire uno specifico gruppo di lavoro interistituzionale con la partecipazione delle Regioni e del Ministero della salute, coordinato dal Ministero della salute, per definire i contenuti della revisione del decreto legislativo n. 502/1992 entro la prossima legge di bilancio.

| <b>Cronoprogramma di attuazione</b>   |                               |
|---|-------------------------------|
| ART 2 - Garanzia dei Lea e Governance del SSN   | Entro                         |
| <b>Health Technology Assessment</b>   |                               |
| Rendere effettiva la procedura di aggiornamento dei LEA basata su metodologie di hta e su dati di real world da parte della Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA | 2 mesi                        |
| <b>Garanzia dei LEA</b>   |                               |
| Definizione delle modalità di attuazione del monitoraggio previsto dal DM 12 marzo 2019 art. 3 (NSG)  | 2 mesi                        |
| <b>Governance del SSN</b>   |                               |
| Revisione del decreto legislativo n. 502/1992 da parte di un gruppo di lavoro Regioni-Ministero della Salute  | entro prossima legge bilancio |

### ART 3 Piani di rientro aziendali

In sede di applicazione del dm 21 giugno 2016 concernente l'approvazione degli allegati tecnici e delle linee guida per la predisposizione dei piani di rientro aziendali, di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) e gli altri enti pubblici sono emerse alcune criticità non ancora risolte, a seguito anche della sentenza della Corte Costituzionale n.192 del 20 giugno 2017 che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1 della legge 28 dicembre 2015, n.208, ed in particolare dei commi 526 e 536, che prevedono che i decreti ministeriali siano emanati "sentita" la Conferenza Stato-Regioni anziché "d'intesa" con la stessa Conferenza.

A seguito di detta sentenza il Ministero della salute ha nuovamente inviato, nel mese di marzo 2018, lo schema di decreto ministeriale in Conferenza Stato Regioni per l'acquisizione dell'Intesa, la cui discussione tecnica è stata sospesa su richiesta del Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome. Relativamente, poi, ai presidi ospedalieri a gestione diretta ed alle aziende sanitarie locali, non è ancora stato adottato il previsto decreto ministeriale, di cui all'articolo 1 comma 536 della legge 208/2015, in considerazione anche delle difficoltà di rilevare dai vigenti flussi informativi i dati che permettessero il corretto calcolo dello scostamento economico e di mancata erogazione dei livelli essenziali di assistenza con riferimento alle predette strutture. La stessa sentenza della Corte Costituzionale ha sottolineato come l'obiettivo principale della normativa in materia di piani di rientro aziendali sia l'incremento dell'efficienza produttiva, definita e valutata secondo parametri uniformi, con riguardo ai singoli enti del SSN.

Al fine, quindi, di garantire l'efficiente utilizzo delle risorse per un'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza è necessario attivare un Tavolo interistituzionale per individuare la metodologia di calcolo e consentire agli enti del Servizio sanitario nazionale di attivare le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza.

Il Tavolo interistituzionale si avvale anche del monitoraggio elaborato dall'Agenas in applicazione della sua attività di supporto al Ministero ed alle regioni, ai sensi dell'articolo 1, comma 513 primo periodo della legge 145/2018.

**Art 3 – Piani di rientro aziendali**

**Bozza di articolato**

1. Al fine di garantire l'efficiente utilizzo delle risorse per un'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, Governo e regioni si impegnano ad attivare un Tavolo interistituzionale costituito da rappresentanti dei Ministeri della salute e dell'economia e finanze, delle regioni designati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome nonché dell'Agenas, al fine di individuare le modalità per dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 1, commi da 524 a 547 della legge 28 dicembre 2015, n. 208, allo scopo di armonizzare e rafforzare il percorso virtuoso di efficientamento degli enti del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario e nel rispetto della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, da erogarsi in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità. A tal fine Governo e regioni convengono di:
  - a. condividere la metodologia di calcolo dello scostamento economico di cui al decreto ministeriale del 21 giugno 2016, attuativo delle disposizioni di cui ai commi da 524 a 534 della legge 28 dicembre 2015, n.208 per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, per tenere conto in particolare delle modalità di normalizzazione dei valori tariffari regionali, del valore di riferimento delle funzioni, anche tenendo conto della classificazione delle strutture ospedaliere definita dal d.m. 70/2015, nonché del finanziamento per i costi assistenziali sostenuti per l'attività didattica;
  - b. condividere i criteri di valutazione, i dati da prendere in considerazione, le modalità di calcolo e i relativi parametri di riferimento per l'individuazione, da parte delle regioni, delle aziende sanitarie locali e dei relativi presidi a gestione diretta, ovvero di altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura individuati da leggi regionali, da sottoporre ad un piano di rientro, che presentano un significativo scostamento tra costi e ricavi ovvero il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. La metodologia di calcolo dello scostamento economico per i presidi a gestione diretta e per le aziende sanitarie deve essere effettuato tenendo conto anche dei dati contabilizzati nel nuovo modello economico CP (conto dei presidi) di cui al dm in corso di pubblicazione in Gazzetta ufficiale, mentre la misurazione dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza deve tenere conto, per quanto applicabile ai diversi ambiti, al piano nazionale esiti per i ricoveri, alla griglia Lea e degli indicatori presenti nel nuovo sistema di garanzia, per la parte di indicatori riferibili alle Aziende sanitarie locali e calcolati sulle prestazioni rese agli utenti residenti o fuori regione.
2. Il Tavolo interistituzionale di cui al comma 1 si avvale anche del monitoraggio elaborato dall'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), ai sensi dell'articolo 1, comma 513 primo periodo, della legge 30 dicembre 2018, n.145.

## Cronoprogramma di attuazione

| ART 3 - Piani di rientro aziendali  | Entro          |
|---|----------------|
| Costituzione di un Tavolo interistituzionale (avendo raccolto le designazioni del Coordinamento delle Regioni, del MEF e dell'AGENAS) e avvio dei sottogruppi di lavoro                     | 2 mesi         |
| Condivisione di una revisione della metodologia per la sottoposizione ai piani di rientro aziendali delle AO,AOU, IRCCS e altri enti pubblici   | 3 mesi         |
| Predisposizione del decreto interministeriale per i pdr aziendali delle AO,AOU,IRCCS e altri enti pubblici da trasmettere alla Conferenza Stato-Regioni per l'Intesa                        | 4 mesi         |
| Condivisione sulla proposta metodologica per la sottoposizione ai piani di rientro delle aziende sanitarie locali e dei presidi a gestione diretta  | 5 mesi         |
| Predisposizione del decreto interministeriale per i pdr aziendali delle aziende sanitarie locali e dei presidi a gestione diretta da trasmettere alla Conferenza Stato-Regioni per l'Intesa | 6 mesi         |
| Acquisizione dell'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni  | non definibile |

## ART 4

### Piani di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale

I Piani di Rientro vanno riconsiderati nel loro sviluppo poiché alimentano, inevitabilmente, conflitti istituzionali per il loro lungo protrarsi e, nella loro attuale implementazione, hanno mostrato risultati positivi sotto il profilo finanziario ma non sempre accompagnati da un parallelo miglioramento dei servizi.

Il presente Patto intende proporre una revisione della cornice regolatoria con i seguenti obiettivi principali:

- revisione dei limiti per l'ingresso in Piano di rientro (il 5% rappresenta un valore già assai critico);
- garantire tempistiche d'attuazione dei Piani di rientro certe e più celeri;
- rafforzare l'azione tesa a garantire l'equilibrio economico finanziario e l'equo accesso ai servizi da parte del cittadino utente;
- superare quegli aspetti di *governance* che alimentano le contrapposizioni nell'esercizio delle competenze regionali da un lato e commissariali dall'altro, prolungando e indebolendo di fatto tutte le fasi del commissariamento;
- definire puntualmente il percorso di uscita dal commissariamento e/o dal Piano di rientro, consolidando al contempo i risultati raggiunti.

Inoltre, al fine di armonizzare le performance dei diversi servizi sanitari regionali, si intende introdurre un ruolo di partnership e accompagnamento da parte delle Regioni virtuose.

**Art 4 – Piani di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale**  
**Bozza di articolato**

**Partenariato, affiancamento tra le Regioni e AGENAS**

1. Si conviene che ogni Regione commissariata è affiancata da una Regione partner, individuata tra le Regioni “benchmark”, di cui ai criteri già previsti dal DPCM 11.12.2012 in attuazione del d.lgs. 68/11 in materia di riparto del FSN, lasciando a tali Regioni la possibilità di scegliere l’abbinamento tra Regione commissariata e Regione partner, entro 60 giorni dalla data di adozione della presente intesa, oppure, qualora non sia espressa una scelta da parte delle Regioni, secondo uno schema che assegna a ciascuna delle regioni commissariate, ordinate secondo il punteggio della Griglia LEA crescente (dell’ultimo anno disponibile), la Regione individuata quale “benchmark”.
2. Si conviene che il partenariato si realizzi mediante la stipula di una specifica convenzione tra le due Regioni secondo uno schema emanato entro 30 giorni dalla data di adozione della presente intesa, per disciplinare le modalità di affiancamento da parte della Regione “benchmark” attraverso il proprio personale, al fine di garantire la diffusione di know-how e buone pratiche sulle tematiche sulle quali siano emerse criticità nell’ambito delle periodiche riunioni di verifica del Tavolo di Verifica degli adempimenti e dal Comitato LEA, istituiti ai sensi dell’articolo 9 e 12 dell’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005.
3. Si conviene che ogni Regione sottoposta al piano di rientro si avvalga del supporto tecnico-operativo di AGENAS al fine di sopperire alle criticità presenti.
4. La suddetta convenzione dovrà essere approvata dal Tavolo di Verifica degli adempimenti e dal Comitato LEA.
5. A fronte della stipula della convenzione le misure di premialità di cui alla legge 191 del 2009, art. 2, comma 68, lettera b) verranno rideterminate:
  - o per la Regione sottoposta a Piano di Rientro/commissariata, nella misura del 2%;
  - o per la Regione Partner, nella misura dello 0,5%.

**Criteria di nomina di Commissari, Direttore Generale della Direzione Regionale e Direttori Generali delle aziende del SSR**

6. Nelle Regioni sottoposte a Piano di Rientro e commissariata, ai sensi di quanto disposto dalla legge n. 222/2007 e dalla legge n. 191/2009, le nuove nomine seguono i seguenti criteri:
  - o i Commissari ad acta, unitamente ai sub-commissari, verranno designati dal Consiglio dei Ministri, d’intesa con il Presidente della Regione interessata;
  - o il Direttore Generale della Direzione Regionale competente in materia di Salute verrà designato dalla Regione interessata sottoposta a Piano di Rientro, secondo le norme dell’ordinamento interno, d’intesa con il Commissario ad acta;
  - o i Direttori Generali delle Aziende del SSR della Regione sottoposta a Piano di Rientro verranno designati dalla Regione interessata, secondo l’ordinamento interno, d’intesa con il Commissario ad acta;
  - o qualora l’intesa non intervenga entro 20gg dalla proposta della Regione, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un Commissario straordinario, sentita la Commissione bicamerale per le questioni regionali, che assicura l’ordinaria gestione dell’azienda sanitaria fino alla nomina ai sensi del punto precedente.



### ***Criteria di entrata e di uscita dal Piano di Rientro e dal Commissariamento***

7. Si conviene di modificare l'art. 2, comma 77, legge 23 dicembre 2009, n. 191 e definire, quale nuovo standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 3 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 3 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo.
8. Si conviene di individuare i seguenti criteri che determinano l'uscita dal Piano di Rientro:
  - o mantenimento delle condizioni di equilibrio economico del sistema, prima delle coperture, negli ultimi due esercizi finanziari, a significare un risultato economico consolidato (e pertanto strutturale) e positivo;
  - o raggiungimento, negli ultimi due anni precedenti a quello di verifica, della soglia minima di adempienza secondo le seguenti modalità:
    - nelle more dell'entrata in vigore del NSG (Nuovo Sistema di Garanzia), si propone di utilizzare la cd "Griglia LEA": maggiore o uguale a 160 e nessun indicatore "critico";
    - a seguito dell'entrata in vigore del NSG, prevista il 1/1/2020, il rispetto della soglia minima di sufficienza (60%) stabilita per gli indicatori "core" di tutti e tre i livelli di assistenza (prevenzione, ospedaliera e distrettuale);
    - superamento di tutte le inadempienze pregresse (periodo di riferimento secondo anno antecedente alla richiesta di uscita dal Piano di Rientro);
    - verifica positiva dello stato di attuazione del Programma Operativo di prosecuzione del Piano di Rientro da parte del Tavolo di Verifica degli adempimenti e dal Comitato LEA, istituiti ai sensi dell'articolo 9 e 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005.
9. Si conviene di individuare i seguenti criteri che determinano l'uscita dal Commissariamento:
  - o mantenimento delle condizioni di equilibrio economico del sistema, prima delle coperture, negli ultimi due esercizi finanziari, a significare un risultato economico consolidato (e pertanto strutturale) e positivo;
  - o raggiungimento, negli ultimi due anni precedenti a quello di verifica, della soglia minima di adempienza secondo le seguenti modalità:
    - nelle more dell'entrata in vigore del NSG (Nuovo Sistema di Garanzia), si propone di utilizzare la cd "Griglia LEA": maggiore o uguale a 160 e nessun indicatore "critico";
    - a seguito dell'entrata in vigore del NSG, prevista il 1/1/2020, il rispetto della soglia minima di sufficienza (60%) stabilita per gli indicatori "core" di tutti e tre i livelli di assistenza (prevenzione, ospedaliera e distrettuale).
    - approvazione del Programma Operativo di prosecuzione del Piano di Rientro da parte del Tavolo di Verifica degli adempimenti e dal Comitato LEA, istituiti ai sensi dell'articolo 9 e 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005.

| Cronoprogramma di attuazione  |                |
|---|----------------|
| ART 4 - Piani di riorganizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale   | Entro          |
| <b>Criteri di nomina di Commissari, Direttore Generale della Direzione Regionale e Direttori Generali delle aziende del SSR</b> |                |
| Predisporre testo per la revisione della legge 191/2009 e altre normative di riferimento  | non definibile |
| Avviare iter disegno di legge come emendamento da apportare nell'ambito di una più ampia manovra                                | non definibile |
| <b>Criteri di entrata e di uscita dai Piani di Rientro e dal Commissariamento</b>   |                |
| Predisporre testo per la revisione della legge 191/2009 e altre normative di riferimento  | non definibile |
| Avviare iter disegno di legge come emendamento da apportare nell'ambito di una più ampia manovra                                | non definibile |

## ART 5 Risorse umane

Le risorse umane sono la prima leva per garantire l'appropriata erogazione dei LEA e la sicurezza e la qualità delle cure. Il presente patto individua le seguenti priorità in materia:

- necessità di procedere alla definizione di una metodologia condivisa per la determinazione del reale fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, a partire dal modello già elaborato dal Ministero della Salute e dalle Regioni, in coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche ai fini dell'incremento del limite di spesa del personale di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35. Tale metodologia dovrà tenere conto di quanto già previsto in materia di definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale, ai sensi del comma 2 dell'art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m. e dai relativi provvedimenti applicativi;
- determinazione dei fabbisogni formativi dei professionisti del sistema sanitario, anche eventualmente adeguando e ammodernando l'attuale cornice regolatoria, in coerenza con i fabbisogni di personale;
- esigenza di valorizzare, già a legislazione vigente, il ruolo dello specializzando all'interno delle strutture, riconoscendo innanzitutto come recentemente chiarito dalla Corte costituzionale nella sentenza 5 dicembre 2018, n. 249, che il medico in formazione specialistica può svolgere, con progressiva attribuzione di autonomia e responsabilità, specifici compiti che gli sono stati affidati tenendo conto degli indirizzi e delle valutazioni espressi dal Consiglio della scuola;
- necessità di prevedere interventi orientati alla revisione del sistema di formazione dei medici specialisti, prevedendo per gli specializzandi la possibilità, dopo un congruo periodo di formazione, di proseguire il percorso presso una struttura sanitaria regionale pubblica facente parte della rete formativa, accreditata ai sensi dell'art. 43 del d.lgs. 368/1999;

- necessità che il Governo assuma iniziative normative straordinarie e urgenti per la risoluzione della situazione emergenziale di carenza di medici specialisti in organico nel SSN determinatasi, con particolare riferimento ad alcune discipline, in parte dalla carenza di specialisti, in parte dalla mancata o molto limitata partecipazione alle procedure concorsuali;
- necessità di prevedere la possibilità per i medici di accedere al Servizio Sanitario Nazionale, oltre che con il diploma di specializzazione, anche con la laurea e l'abilitazione all'esercizio professionale, prevedendo l'utilizzo di tali professionisti all'interno delle reti assistenziali, per lo svolgimento di funzioni non specialistiche;
- valorizzazione e sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;
- necessità di dare piena attuazione ai modelli di riorganizzazione dei servizi territoriali (AFT e UCCP), al fine di far fronte ai nuovi bisogni di salute derivanti dall'aumento delle patologie croniche e dei quadri complessi pluripatologici;
- necessità di una revisione dei contenuti del corso di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, e della definizione degli obiettivi didattici, delle metodologie di insegnamento e apprendimento nonché dei programmi delle attività, al fine di realizzare sul territorio nazionale una formazione che, pur tenendo conto delle specificità territoriali, assicuri un set minimo omogeneo di requisiti formativi quali-quantitativi, ritenuti indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza.

**Art 5 – Risorse Umane**  
**Bozza di articolato**

1. Le risorse umane sono la prima leva per garantire l'appropriata erogazione dei LEA e la sicurezza e la qualità delle cure. Governo e Regioni convengono sulla necessità di procedere alla definizione di una metodologia condivisa per la determinazione del reale fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, a partire dal modello già elaborato dal Ministero della Salute e dalle Regioni, in coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche ai fini dell'incremento del limite di spesa del personale di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35. Tale metodologia dovrà tenere conto di quanto già previsto in materia di definizione dei piani triennali dei fabbisogni di personale, ai sensi del comma 2 dell'art. 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m. e dai relativi provvedimenti applicativi.
2. Dei fabbisogni di personale, come sopra definiti, si dovrà tenere conto nella determinazione dei fabbisogni formativi dei professionisti del sistema sanitario, anche eventualmente adeguando e ammodernando l'attuale cornice regolatoria.
3. Governo e Regioni convengono sulla esigenza di valorizzare, già a legislazione vigente, il ruolo dello specializzando all'interno delle strutture, riconoscendo innanzitutto come recentemente chiarito dalla Corte costituzionale nella sentenza 5 dicembre 2018, n. 249, che il medico in formazione specialistica può svolgere, con progressiva attribuzione di autonomia e responsabilità, specifici compiti che gli sono stati affidati tenendo conto degli indirizzi e delle valutazioni espressi dal Consiglio della scuola.

4. Convengono inoltre sulla necessità di prevedere interventi orientati alla revisione del sistema di formazione dei medici specialisti, prevedendo per gli specializzandi la possibilità, dopo un congruo periodo di formazione, di proseguire il percorso presso una struttura sanitaria regionale pubblica facente parte della rete formativa, accreditata ai sensi dell'art. 43 del d.lgs. 368/1999. In quest'ultimo caso lo specializzando sottoscriverà un contratto di formazione-lavoro, con oneri a carico della Regione, per lo svolgimento di attività assistenziali, coerenti con il livello di competenze e autonomia raggiunte, certificate congiuntamente dalla scuola di specializzazione e dai dirigenti responsabili delle strutture operative complesse presso le quali lo specializzando ha svolto le attività pratiche professionalizzanti. Con specifiche intese tra le Regioni e Province autonome e le Università interessate sono definite le modalità di svolgimento, a tempo parziale, della formazione specialistica e le modalità di svolgimento delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione. In ogni caso la formazione teorica compete alle Università, mentre la formazione pratica è svolta presso l'azienda sanitaria o l'ente d'inquadramento. Resta fermo che il titolo di specialista sarà rilasciato dall'Università.
5. Al contempo si conviene sulla necessità che il Governo assuma iniziative normative straordinarie e urgenti per la risoluzione della situazione emergenziale di carenza di medici specialisti in organico nel SSN determinatasi, con particolare riferimento ad alcune discipline, in parte dalla carenza di specialisti, in parte dalla mancata o molto limitata partecipazione alle procedure concorsuali.
6. Stato e Regioni convengono sulla necessità di prevedere, la possibilità per i medici di accedere al Servizio Sanitario Nazionale, oltre che con il diploma di specializzazione, anche con la laurea e l'abilitazione all'esercizio professionale, prevedendo l'utilizzo di tali professionisti all'interno delle reti assistenziali, per lo svolgimento di funzioni non specialistiche.
7. Per quanto riguarda le professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, Governo e Regioni si impegnano a garantire la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali, tenendo conto dei livelli della formazione acquisita, in coerenza con quanto previsto nei Contratti Collettivi Nazionali di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali.
8. Al fine di far fronte ai nuovi bisogni di salute derivanti dall'aumento delle patologie croniche e dei quadri complessi pluripatologici, Governo e Regioni convengono sulla necessità di dare piena attuazione ai modelli di riorganizzazione dei servizi territoriali (AFT e UCCP) assicurando una rete territoriale, multi-professionale e multidisciplinare integrata, con sede unica o con sedi diverse collegate funzionalmente di cui facciano parte medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, biologi, psicologi, infermieri, fisioterapisti, etc., con il compito di effettuare una reale presa in carico del paziente, interagendo con le strutture ospedaliere attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) concordati e condivisi. A tal fine potranno essere di supporto anche gli strumenti innovativi collegati alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT).
9. Governo e Regioni concordano sulla necessità di una revisione dei contenuti del corso di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, e condividono di procedere, tenuto conto anche di quanto previsto dall'articolo 26 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, alla definizione degli obiettivi didattici, delle metodologie di insegnamento e apprendimento nonché dei programmi delle attività, al fine di realizzare sul territorio nazionale una formazione che, pur tenendo conto delle specificità territoriali, assicuri un set minimo omogeneo di requisiti formativi quali-quantitativi, ritenuti indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza.

## Cronoprogramma di attuazione

| ART 5 - Risorse umane   | Entro                               |
|---|-------------------------------------|
| Definizione metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale   | 3 mesi                              |
| Istituzione di un tavolo tecnico per l'elaborazione di una proposta di revisione delle norme che disciplinano la formazione specialistica dei medici  | 1 mese                              |
| Presentazione proposta  | 2 mesi dall'insediamento del Tavolo |
| Definizione di iniziative normative straordinarie e urgenti per la risoluzione della situazione emergenziale di carenza di medici specialisti in organico   | non definibile                      |
| Definizione di iniziative normative volte a consentire ai medici di accedere al Servizio Sanitario Nazionale, anche con la sola laurea e abilitazione all'esercizio professionale, per lo svolgimento di funzioni non specialistiche. | non definibile                      |
| Definizione di azioni per la valorizzazione delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche della riabilitazione e della prevenzione   | non definibile                      |
| Attuazione dei modelli di riorganizzazione dei servizi territoriali   | non definibile                      |
| Revisione dei contenuti del corso di formazione specifica in medicina generale  | 3 mesi                              |

## ART 6 Mobilità

La mobilità sanitaria extraregionale viene considerata un fenomeno da ridurre, in quanto viene interpretata come un disagio per il cittadino che si deve rivolgere a strutture sanitarie fuori dalla propria regione per ottenere condizioni migliori in termini di qualità e accessibilità alle cure.

Pur tuttavia occorre distinguere le diverse componenti della mobilità interregionale, che devono essere regolate e governate in maniera differenziata per categoria di utenza, superando l'ottica della compensazione economica fra Regioni.

Occorre quindi preliminarmente distinguere la componente fisiologica da quella determinata da carenze dell'offerta della regione di residenza del paziente.

Per quanto riguarda la componente fisiologica (es. domiciliati, residenti in province confinanti con altra regione, villeggianti, etc.), il Governo e le Regioni si impegnano a far rientrare l'assistenza ai cittadini extra-regione nell'ambito della programmazione sanitaria della Regione erogante (es. dotazione posti letto, budget per erogatore, etc.), concordando i requisiti e i criteri che definiscono il riconoscimento dei bacini di utenza aggiuntivi (per la regione erogante) o sottrattivi (per la regione di residenza). La Regione erogante affiderà all'Azienda di competenza le modalità operative di assistenza al pari dei residenti nel proprio territorio.

Per quanto riguarda la seconda componente, ovvero la "reale" mobilità sanitaria, il Governo e le Regioni si impegnano a mappare i flussi declinati per tipologia di prestazione, ad individuare la corrispondenza con situazioni specifiche di carenza dell'offerta ed a redigere un "Piano di contrasto" alla mobilità passiva, potenziando la capacità di offerta nei settori rivelatisi critici.

Una volta pianificate le aree di intervento, le Regioni con rilevante mobilità passiva programmano con la regione erogante i flussi di pazienti che ancora dovranno recarsi fuori regione attraverso

un accordo di mobilità, il cui schema tipo dovrà essere concordato a livello nazionale e dovrà definire espressamente le tipologie di prestazioni da erogare in mobilità sanitaria.

Altro obiettivo è quello di scoraggiare il ricorso a pratiche inappropriate o a comportamenti opportunistici da parte erogatori che agiscono fuori dalla competenza regionale.

Rimane l'obbligo, che verrà incluso tra gli adempimenti regionali, di accordi bilaterali sulla fornitura di volumi significativi di prestazioni, secondo un modello concordato tra Governo e Regioni che deve recare, oltre ai tetti economici, i volumi distinti per tipologia di prestazione e case-mix. Farà ugualmente parte degli adempimenti la trasmissione al sistema NSIS degli elementi essenziali degli accordi in forma strutturata.

Saranno oggetto di analisi e di monitoraggio a livello nazionale, l'evoluzione della mobilità sanitaria e la corrispondenza tra volumi effettivi di prestazioni rispetto ai volumi programmati nei piani regionali di contrasto alla mobilità e negli accordi bilaterali. Viene a questo fine istituito un osservatorio centralizzato di monitoraggio della mobilità sanitaria.

Infine Governo e Regioni si impegnano a ridefinire i Drg di alta complessità oggetto di deroga dei tetti di spesa per acquisti da fornitori privati, sulla base dei requisiti di alto consumo di risorse e di elevata concentrazione della casistica in un numero relativamente ridotto di strutture.

**ART 6 – Mobilità**  
**Bozza di articolato**

2. Nell'intento di ridurre i disagi per i cittadini determinati dalla mobilità sanitaria extraregionale per carenze di offerta nel territorio di abitazione, fatta salva la libertà di scelta del paziente, Governo e Regioni si impegnano a declinare e regolare le componenti che determinano la mobilità sanitaria interregionale. In particolare verranno distinte e trattate separatamente le seguenti fattispecie:
  - a) Mobilità sanitaria interregionale fisiologica. Riguarda i pazienti che, pur risiedendo formalmente in altra regione rispetto all'ubicazione dell'erogatore, sono riconducibili all'ordinario bacino di utenza della regione erogante. Tale utenza, quale per esempio l'insieme dei residenti in province di confine regionale o coloro che risultano residenti extraregione ma assistiti dalla regione stessa oppure ancora altre tipologie di situazioni temporanee di soggiorno, richiedono setting assistenziali e di finanziamento del tutto assimilabili a quelli dei residenti.
  - b) Mobilità extraregionale (utenti non compresi nel punto a) che riguardano DRG definiti ad alto rischio inappropriatezza. Governo e Regioni si impegnano a individuare forme di disincentivazione di prestazioni a rischio di inappropriatezza per il livello di assistenza non corretto, mediante tetti di volume.
  - c) Mobilità sanitaria extra-regionale (casi non rientranti nelle lettere a e b). Riguarda le restanti prestazioni che comportano il trasferimento del paziente in altra regione e sono riferibili a carenze nell'accessibilità o per altre criticità dell'offerta sul territorio. Il Governo e le e Regioni con forte mobilità passiva si impegnano a ridurre i flussi di pazienti ricoverati in altre regioni, programmando obiettivi mirati per tipologia di prestazione, da raggiungere mediante potenziamento della capacità di offerta interna attraverso la presentazione di specifici Piani di recupero della mobilità passiva da sottoporre ai Tavoli di cui agli articoli 9 e 12 dell'accordo Stato- Regioni del 23 Marzo 2005.

3. Al fine di dare applicazione a quanto previsto dal comma 1, le Regioni e Province Autonome provvedono a stipulare appositi accordi interregionali sulla base di un nuovo schema comune che distingue le categorie di utenza elencate nello stesso comma 1 e riporti i volumi previsti distinti per tipo prestazione o case-mix.

La sottoscrizione degli accordi e la trasmissione dei contenuti in forma strutturata, costituisce adempimento ai fini dell'erogazione delle quote premiali di finanziamento.

4. Le Regioni eroganti si impegnano a realizzare controlli di appropriatezza e di qualità delle prestazioni corrispondenti a quelli effettuati per le prestazioni erogate a residenti con obbligo di comunicazione degli esiti alle regioni di residenza del paziente.
5. Secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 574, quartultimo capoverso, della legge 28 dicembre 2015, n.208 che rinvia a uno specifico accordo Stato-Regioni l'individuazione delle prestazioni di alta complessità, Governo e regioni si impegnano ad individuare come alta complessità i ricoveri ad elevato impiego di risorse e con particolari esigenze di specializzazione che richiedono la concentrazione in un numero relativamente ristretto di strutture.
6. Viene istituito centralmente l'Osservatorio statistico sulla mobilità extraregionale con il compito di mappare le situazioni critiche per tipo di prestazione ed utenza, di monitorare lo scostamento tra volumi programmati negli accordi interregionali e volumi effettivamente erogati, di stimare i trend futuri. L'Osservatorio pubblica annualmente il rapporto nazionale sulla mobilità sanitaria.

#### Cronoprogramma di attuazione

| ART 6 - Mobilità  | Entro   |
|---|---------|
| <b>Prestazioni riconducibili al fisiologico bacino di utenza della regione erogante</b>   |         |
| Definizione degli algoritmi per la selezione della casistica  | 3 mesi  |
| Stesura Report a cura del Ministero della Salute della mobilità interregionale fisiologica  | 4 mesi  |
| Definizione del gruppo di Regioni ad alta mobilità passiva (incidenza della mobilità passiva al netto della mobilità fisiologica, per regione, con definizione di valore soglia)  | 7 mesi  |
| <b>Prestazioni erogate in mobilità sanitaria regionale effettiva</b>  |         |
| Stesura Report a cura del Ministero della Salute sulla mobilità "vera" per tipologia di prestazione   | 9 mesi  |
| Presentazione previsione dei piani di riduzione delle prestazioni critiche da parte delle regioni con alta mobilità passiva   | 9 mesi  |
| Istituzione Osservatorio sulla mobilità interregionale con rappresentanti del Ministero della Salute, ds, Regioni, Agenas, Ministero dell'Economia e delle Finanze  | 11 mesi |
| <b>Alta complessità</b>   |         |
| Insedimento Gruppo di Lavoro "Definizione alta complessità e criteri di appropriatezza"   | 7 mesi  |
| Definizione accordo da trasmettere alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per le prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza | 11 mesi |
| <b>Ricoveri a bassa complessità e alto rischio inappropriato</b>  |         |
| Definizione proposta Ministero della Salute di tetti di volume sui DRG a rischio inappropriato  | 3 mesi  |
| Definizione accordo da trasmettere alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano  | 7 mesi  |
| <b>Schema nazionale di accordo interregionale</b>   |         |
| Insedimento gruppo di lavoro interistituzionale per la predisposizione schema comune di accordo interregionale  | 4 mesi  |
| Definizione accordo da trasmettere alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per approvazione schema comune di accordo interregionale   | 11 mesi |

## ART 7 Enti vigilati

Si conviene sulla necessità di definire una strategia di riforma degli Enti Pubblici Vigilati del Ministero della Salute, al fine di superare la frammentazione normativa che si è stratificata nel corso degli anni e la potenziale duplicazione di funzioni e compiti tra soggetti in numerose aree di attività. L'obiettivo prioritario, in questo senso, è quello di ridefinire la governance e rivedere i meccanismi operativi di funzionamento di tali Enti al fine di garantirne la funzione sistemica e complementare nell'ambito delle funzioni assegnate al Ministero della Salute ed alle regioni.

Si ritiene opportuno, quindi, indentificare possibili percorsi evolutivi per riqualificarne la loro caratterizzazione e ambiti di efficienza, nel rispetto della loro vocazione e grado di specializzazione, attraverso una chiara individuazione delle attività e funzioni a cui sono preposti a supporto delle scelte strategiche del Ministero della Salute.

### **ART 7 – Enti vigilati** **Bozza di articolato**

1. Stato e Regioni convengono sulla necessità di rivedere la *governance* e i meccanismi operativi di funzionamento degli Enti Pubblici Vigilati del Ministero della Salute, al fine di superare la potenziale frammentazione e duplicazione di attività e funzioni che si è sempre più stratificata nel corso del tempo, attraverso un intervento normativo orientato alla riqualificazione e specializzazione dell'ambito di attività di tali Enti ed alla individuazione delle specifiche funzioni di ciascun Ente a supporto delle scelte strategiche del Ministero della Salute.
2. Si conviene di affidare la definizione di una proposta di riorganizzazione ad un Tavolo congiunto Ministero della Salute e **Regioni**, da recepire in apposito decreto ministeriale da sottoporre all'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni.

### **Cronoprogramma di attuazione**

| ART 7 - Enti Vigilati  | Entro          |
|--|----------------|
| Costituzione di un Tavolo Ministero Salute - Regioni   | 2 mesi         |
| Definizione di una Proposta di riorganizzazione degli Enti pubblici vigilati                       | 4 mesi         |
| Predisposizione del decreto ministeriale da trasmettere alla Conferenza Stato-Regioni per l'Intesa | 6 mesi         |
| Acquisizione dell'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni                                 | non definibile |



## ART 8

### **Governance farmaceutica e dei dispositivi medici**

Con decreto ministeriale 30 luglio 2018, è stato istituito presso il Ministero della Salute il tavolo tecnico di lavoro sui farmaci e i dispositivi medici con il compito di svolgere, in via prioritaria, le seguenti attività:

- verifica sistematica degli atti e dei provvedimenti che disciplinano la governance farmaceutica;
- rilievo delle principali criticità dell'attuale sistema di governance farmaceutica;
- elaborazione di ipotesi risolutive, anche di carattere normativo, delle criticità rilevate;
- elaborazione di proposte innovative concernenti il settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Al tavolo tecnico, presieduto dal Capo di Gabinetto, partecipa l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), il MEF, il Ministero dello sviluppo economico, il coordinatore tecnico della Commissione Salute della Conferenza delle regioni e delle province autonome, il coordinatore del Tavolo tecnico della farmaceutica della Conferenza delle regioni e delle province autonome o suo delegato, nonché altri esperti della materia.

Nel mese di dicembre 2018 sono state presentate le nuove linee guida per riformare la governance del settore farmaceutico predisposte dal Tavolo tecnico.

Le novità principali introdotte dal documento sono: la revisione del prontuario farmaceutico, la verifica di dispensazioni di dosi personalizzate, la revisione delle disposizioni sui biosimilari fino alla digitalizzazione dei Registri Aifa con l'introduzione di nuove misure sul payback e dei tetti di spesa regionali. Inoltre vi sono novità anche in tema di farmacovigilanza, sulla diffusione nell'adozione del meccanismo prezzo-volume, l'aggiornamento dei criteri per i farmaci innovativi e per i fondi speciali, e la revisione della Delibera Cipe del 2001 sui criteri per la contrattazione del prezzo dei farmaci.

Anche in materia di dispositivi medici, il Tavolo tecnico ha predisposto un documento di Governance dei dispositivi medici, presentato a marzo 2019, che prevede una nuova strategia per il governo dell'innovazione dei dispositivi medici.

Il documento individua le azioni per affrontare le criticità derivate da:

- un settore in forte espansione, ad alta intensità di rinnovamento e crescente complessità tecnologica, non sempre facilmente riconducibile ad un reale impatto in termini di migliori risultati di cura per i pazienti;
- un regolamento Europeo che non vincola l'autorizzazione al mercato dei dispositivi medici alla presentazione di adeguate prove scientifiche di sicurezza ed efficacia clinica;
- la responsabilità in capo agli Stati Membri di vigilare sulla sicurezza e di mettere in atto strumenti per la sostenibilità dell'innovazione;
- un sistema sanitario dove l'offerta di tecnologie domina i meccanismi di scelta, che dovrebbero invece partire dalla reale domanda di salute dei cittadini.

Stato e Regioni convengono sulla necessità di proseguire il percorso fin qui realizzato in materia di revisione della governance farmaceutica e dei dispositivi medici, al fine di dare esecuzione agli indirizzi contenuti nei due documenti di governance, affidando al Tavolo tecnico il compito di declinare le azioni da realizzare per il perseguimento degli obiettivi individuati nelle nuove linee guida e definirne le modalità di valutazione e monitoraggio nel tempo.

**ART 8 – Governance farmaceutica e dei dispositivi medici**  
**Bozza articolato**

1. Stato e Regioni convengono sulla necessità di proseguire il percorso fin qui realizzato in materia di revisione della *governance* farmaceutica e dei dispositivi medici, al fine di dare esecuzione agli indirizzi contenuti nei due documenti di *governance*, affidando al Tavolo tecnico il compito di declinare le azioni da realizzare per il perseguimento degli obiettivi individuati nelle nuove linee guida e definirne le modalità di valutazione e monitoraggio nel tempo.
2. A tal fine, il Tavolo tecnico, sulla base dei contenuti dei rispettivi documenti, dovrà definire un cronoprogramma delle azioni da porre in essere per attuare gli indirizzi in essi contenuti, monitorarne l'avanzamento, nonché individuare le modalità di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

**Cronoprogramma di attuazione**

| ART 8 - Governance farmaceutica e dei dispositivi medici   | Entro  |
|--|--------|
| Predisposizione del cronoprogramma di azioni in materia di governance farmaceutica da parte del Tavolo Tecnico           | 4 mesi |
| Predisposizione del cronoprogramma di azioni in materia di governance dei dispositivi medici da parte del Tavolo Tecnico | 8 mesi |

**ART 9**  
**Investimenti**

Il Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni, ha effettuato una ricognizione sullo stato del patrimonio immobiliare e tecnologico, la cui analisi ha evidenziato la necessità di procedere ad interventi infrastrutturali per un importo complessivo pari a 32 miliardi di euro. A questi vanno aggiunti circa 1,5 miliardi di euro necessari per un adeguato ammodernamento tecnologico delle attrezzature a disposizione dei servizi sanitari regionali.

L'elevato fabbisogno finanziario riscontrato e l'urgenza di realizzare infrastrutture comporta, da parte del Ministero della salute, la necessità di elaborare un piano pluriennale in materia di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.

Al fine di concentrare le risorse afferenti l'edilizia sanitaria, a qualunque titolo disponibili, e l'ammodernamento tecnologico Governo e Regioni convengono sull'istituzione presso il Ministero della salute di una "Cabina di Regia" attraverso cui orientare le risorse per l'edilizia sanitaria e garantirne l'uniformità di erogazione su tutto il territorio nazionale.

La Cabina di Regia avrà il compito di censire tutte le fonti di finanziamento a qualunque titolo disponibili in ambito sanitario, definire le priorità di investimento in modo uniforme sul territorio nazionale e orientarne le risorse in coerenza con gli obiettivi strategici individuati.

**ART 9 – Investimenti**

**Bozza articolato**

1. Si conviene che, considerato l'elevato fabbisogno finanziario riscontrato e l'urgenza di realizzare le infrastrutture necessarie, il Ministero della salute elabori un piano pluriennale in materia di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico.
2. Si conviene che, per la realizzazione di tale piano pluriennale, è necessario mettere a sistema tutte le fonti finanziarie a qualunque titolo disponibili, indirizzandole in base alle priorità nazionali.
3. Governo e Regioni convengono sull'istituzione presso il Ministro della salute di una "Cabina di Regia", che avrà lo specifico compito di censire tutte le fonti di finanziamento disponibili, individuare le priorità strategiche di investimento e monitorarne la realizzazione, oltre a indirizzare le risorse a disposizione dello Stato verso interventi finalizzati alla messa in sicurezza e messa a norma del patrimonio immobiliare del Paese.
4. La Cabina di Regia sarà composta da tre rappresentanti del Ministero della salute, due rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle p. a., un rappresentante del Ministero delle economie e delle finanze, un rappresentante dell'INAIL, un rappresentante della Cassa Depositi e Prestiti, un rappresentante dell'Agenzia per il demanio e un rappresentante di Invimit Sgr.

Al fine di avere un quadro complessivo dello sviluppo del patrimonio edilizio e ammodernamento tecnologico in ambito sanitario, si conviene che le Regioni dovranno comunicare al Ministero della salute tutti gli interventi che hanno valenza sanitaria, compresi quelli la cui realizzazione è prevista con il contributo di cui all'articolo 1, comma 833 e 835, della legge 30 dicembre 2018 e degli interventi in Partenariato Pubblico e Privato realizzati con risorse regionali e aziendali.

**Cronoprogramma di attuazione**

| ART 9 - Investimenti   | Entro   |
|--|---|
| Istituzione e insediamento della Cabina di regia   | 3 mesi  |
| Predisposizione del "Piano straordinario degli investimenti in sanità"                               | 12 mesi<br>dall'insediamento della<br>Cabina di Regia |
| <i>mappatura dei finanziamenti che riguardano tutti gli interventi che hanno valenza sanitaria</i>   |   |
| <i>censimento di tutte le fonti di finanziamento disponibili</i>                                     |   |
| <i>individuazione delle priorità strategiche del Paese</i>   |   |
| <i>adozione con Decreto Interministeriale del "Piano Straordinario degli investimenti in sanità"</i> |   |

## ART 10

### **Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria. Presa in carico nel percorso di cura**

Il mutato contesto socio-epidemiologico, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso nuovi modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, un forte impulso dell'assistenza domiciliare, un investimento sull'assistenza residenziale per i soggetti non auto sufficienti, per la salute mentale e un nuovo percorso di analisi dei bisogni e programmazione dei servizi con il coinvolgimento di tutti gli stakeholder interessati.

A tal fine Governo e Regioni convengono, con la presente Intesa, di implementare il processo di riorganizzazione delle reti strutturali di assistenza in relazione all'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità. Ai fini di una programmazione più efficiente occorre puntare a una visione complessiva dei costi dell'assistenza, secondo una logica orizzontale per patologia, basata sui bisogni del paziente, che superi l'attuale impostazione per fattori produttivi e consenta una valutazione predittiva di cambiamenti e innovazioni, tecnologiche e non, introdotte nel sistema.

In coerenza con gli orientamenti della letteratura internazionale e le esperienze di innovazione già in atto in alcune Regioni, si condivide la necessità di implementare un sistema di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, che si può definire come *“sistema accessibile universalmente, centrato sulla persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multi-professionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure anche con gli altri setting assistenziali”* (Commission Decision 2012/C198/06 del 27 febbraio 2014).

Di fronte alla grande eterogeneità intra ed interregionale dell'assistenza territoriale, le disposizioni contenute nel Piano Nazionale della Cronicità, approvato con Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016, sottolineano l'esigenza di individuare “un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza”. Lo Stato e le Regioni si impegnano a perseguire le azioni contenute nel suddetto Piano.

Si ritiene fondamentale rafforzare la *governance* del sistema sociosanitario territoriale. La normativa vigente attribuisce al Distretto tale ruolo, che tuttavia sta cambiando profondamente anche in ragione dei processi di accorpamento ed evoluzione del sistema di aziendalizzazione così come trattato all'art 2 del presente Patto. È necessario che si rafforzino le funzioni di governo dei percorsi di cura, di sviluppo dei processi di integrazione sociosanitaria, tramite la programmazione concertata con le autonomie locali (piani territoriali integrati con gli ambiti sociali), per assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche contribuendo anche a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al pronto

soccorso e intervenendo sulle liste di attesa come previsto nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 (Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019).

A questo fine Governo e Regioni convengono, analogamente a quanto già fatto per il riordino della rete ospedaliera con il DM 70/2015, sulla necessità di adottare un Regolamento per dare omogeneità nei servizi territoriali sociosanitari con l'obiettivo di superare l'osservata variabilità regionale e rispondere in maniera adeguata ai bisogni di salute, conciliando le esigenze di equità, accesso ai servizi e solidarietà con il quadro delle risorse disponibili e sostenendo in particolare modelli organizzativi attenti allo sviluppo di reti integrate, approccio multidisciplinare, integrazione sociosanitaria, come già offerto dai consultori familiari.

Il Regolamento consentirà anche di facilitare il processo di integrazione dei servizi territoriali, elemento indispensabile a dare unità al percorso di cura sempre più complesso ed a rendere più facile la presa in carico del paziente.

Per quanto riguarda le forme aggregative dell'Assistenza primaria, già previste dall'ACN 2009, le quali trovano compiuta disciplina a livello legislativo nell'art.1 della legge 189/2012, si condivide la necessità di porre in atto ogni azione, volta a rendere omogenea la loro realizzazione a tutt'oggi molto diversificata sul territorio nazionale, in continuità con le dette disposizioni.

Nell'ambito di una riflessione generale di ruoli e competenze professionali, particolarmente rilevante per il riordino e lo sviluppo dei servizi territoriali, è il ruolo della medicina generale.

Vi sono importanti punti critici che riguardano il ruolo della medicina generale e l'investimento sui presidi di prossimità, che richiedono anche un nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale (MMG, PLS, Specialistica Ambulatoriale).L'attuale quadro normativo (liberi professionisti, convenzionati) e l'ACN vigente rendono problematica la piena integrazione della medicina generale con l'organizzazione territoriale: ridisegnare la relazione con il SSN deve rappresentare un obiettivo centrale per il nuovo ACN e ne richiede una accelerazione dei tempi. Pervenire ai nuovi ACN rappresenta un passaggio fondamentale per definire in modo chiaro le responsabilità e le forme di collaborazione tra professionisti del territorio e concludere un percorso di innovazione e cambiamento reale.

Governo e Regioni si impegnano, inoltre, a promuovere la rilevazione e l'aggiornamento dei dati relativi all'assistenza territoriale sociosanitaria attraverso l'evoluzione dei sistemi informativi individuali pertinenti già disponibili nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute, al fine di ottimizzare le risorse già investite e favorire la diffusione delle informazioni utili per il monitoraggio dei servizi e l'identificazione delle priorità d'intervento.

È necessario, altresì, completare l'adozione dei flussi per il monitoraggio delle prestazioni territoriali erogate nell'ambito delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità. Infine, nell'ambito delle attività per il miglioramento della qualità dei servizi sul territorio, si intende proseguire il percorso di qualificazione del ruolo della Farmacia dei Servizi, che, inserita nelle reti territoriali, si faccia carico della gestione di problematiche relative alla salute della persona, in

collaborazione con altre figure professionali della sanità, e non solo alla dispensazione del farmaco.

Governo e Regioni convengono, pertanto, sulla necessità di definire proposte operative circa i servizi erogabili della “Farmacia dei servizi” e declinarli in un documento prodotto dal Gruppo di Lavoro, che contenga anche le valutazioni in termini di: i) vantaggi per la salute dei cittadini nel loro percorso di cura; ii) risparmio di tempo e minori spostamenti; iii) ottimizzazione delle risorse per la programmazione regionale e possibile definizione della relativa remunerazione.

Allo stesso tempo, si ritiene necessario tutelare il ruolo delle Farmacie Rurali che, per la loro ubicazione in piccoli agglomerati, continuano ad avere un’importante funzione sociale e rappresentano spesso l’unico presidio sanitario esistente sul territorio.

Accanto alla riorganizzazione delle strutture dei servizi territoriali va affrontata la problematica dell’accessibilità ai servizi per il paziente urgente e cronico instabile (ricoverato in strutture extraospedaliere o domiciliari): questa prospettiva può essere assolta con la costituzione di un dipartimento extramurario per integrare le conoscenze specialistiche ospedaliere con i bisogni della medicina delle cure primarie.

Il nuovo modello organizzativo dell’Ospedale Territoriale Virtuale può rappresentare l’occasione per una rivisitazione del ruolo del medico di medicina generale (anche sotto il profilo del suo rapporto di lavoro), del medico di continuità assistenziale e delle figure professionali accreditate nel territorio in modo da rendere possibile la creazione di centrali operative in ogni ambito territoriale.

Siffatto progetto territoriale deve anche essere sostenuto dalla revisione, in ambito ospedaliero, delle attività chirurgiche di DAY SURGERY e WEEK SURGERY che, seguendo la stessa logica di coordinamento ed integrazione, dovranno attuare iniziative di razionalizzazione e di diffusione di un vero e proprio sistema di DAY Hospital e Day SURGERY e WEEK Hospital polispecialistico con omogenea complessità clinica ed assistenziale.

**ART 10 - Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria. Presa in carico nel percorso di cura**  
**Bozza di articolato**

1. Governo e Regioni si impegnano a dare omogeneità nei servizi territoriali sociosanitari per superare l'osservata variabilità regionale e rispondere in maniera adeguata a bisogni di salute, caratterizzati da una crescente complessità derivante dall'aumento delle cronicità, dall'invecchiamento della popolazione e dall'emergere di nuovi bisogni sociali, conciliando le esigenze di equità, accesso ai servizi e solidarietà con il quadro delle risorse disponibili.
2. Si conviene che con Regolamento emanato in attuazione dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 siano definiti gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza sociosanitaria territoriale. Il Regolamento dovrà rendere possibile la integrazione delle attività e dei servizi con l'obiettivo di rendere possibile la presa in carico effettiva del paziente soprattutto nei percorsi di cura complessi. Il Regolamento dovrà disciplinare in particolare i seguenti aspetti:
  - o una ridefinizione dei modelli organizzativi regionali, basati sulla centralità dei distretti socio-sanitari come ambito di valutazione del bisogno e di programmazione, ma che prevedano lo sviluppo di strutture territoriali di coordinamento e di erogazione dell'assistenza primaria, intesa come l'integrazione dei vari servizi deputati alla prevenzione e promozione della salute, alle cure primarie e alla salute mentale;
  - o la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'enorme incremento di bisogno di continuità dell'assistenza, educazione terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;
  - o la promozione di politiche attive di valorizzazione della figura del care-giver;
  - o lo sviluppo di strutture intermedie (es.: Ospedali di Comunità) a gestione infermieristica;
  - o l'integrazione della figura del Medico di Medicina Generale con le figure professionali della dipendenza deputate all'assistenza primaria;
  - o il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali per la presa in carico unitaria della persona;
  - o lo sviluppo di strumenti di analisi e profilazione dei soggetti fragili, finalizzato allo sviluppo della medicina di iniziativa e di una presa in carico globale;
  - o politiche attive di promozione della salute verso i giovani, per la promozione della salute, anche finalizzate alla prevenzione delle gravidanze indesiderate e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse;
  - o lo sviluppo di sistemi di monitoraggio delle performance dell'assistenza territoriale, in analogia a quanto già esiste per l'assistenza ospedaliera (PNE);
  - o accelerazione nella realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, quale contenitore della storia clinica del cittadino, a disposizione della rete dei servizi;
  - o lo sviluppo dei sistemi informativi e digitali e della telemedicina come fattori abilitanti i nuovi servizi sul territorio;
  - o i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e per l'erogazione congiunta degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali nelle aree dell'assistenza ai malati cronici, della prevenzione e dell'assistenza alle coppie in età fertile e più in generale all'area materno-infantile ed evolutiva, dell'assistenza e riabilitazione dei disabili, delle persone con disturbi psichiatrici e neuropsichiatrici in età adulta e in età evolutiva e delle persone con dipendenze patologiche;
  - o le caratteristiche e contenuti specifici dell'assistenza garantita a domicilio e nelle strutture residenziali e semiresidenziali, distinti per tipologia di utenti e per livello di intensità assistenziale;

- il fabbisogno, espresso in funzione della frazione di popolazione da assistere, e l'organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie articolate per intensità, complessità e durata dell'assistenza, comprese le cure palliative;
  - il fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale, espresso in funzione della frazione di popolazione da assistere, distintamente per le diverse tipologie di assistiti, articolato per intensità assistenziale;
  - il fabbisogno di assistenza ai malati cronici non autosufficienti, espresso in funzione della frazione di popolazione che deve essere complessivamente assistita a domicilio o in residenza, per ciascun livello di intensità assistenziale, in alternativa ai fabbisogni di cui ai punti 3 e 4;
  - l'implementazione sul territorio nazionale dell'esperienze assistenziali efficaci a partire dall'infermieristica di famiglia e comunità;
  - gli standard minimi qualificanti di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie in termini di sicurezza, qualità dell'assistenza e comfort per numero di assistiti e per livello di intensità;
  - le modalità e gli strumenti necessari a garantire la continuità dei percorsi assistenziali tra strutture e servizi territoriali e con i servizi ospedalieri.
3. Governo e Regioni per l'attuazione di quanto previsto dal comma 2 convengono di istituire un apposito tavolo di lavoro composto dal Ministero della Salute dalle Regioni e Province Autonome con il compito di predisporre la proposta di revisione della normativa vigente al fine di consentire l'attuazione del modello proposto.
  4. Governo e Regioni si impegnano a promuovere la rilevazione dei dati relativi all'assistenza territoriale sociosanitaria attraverso l'evoluzione dei sistemi informativi individuali pertinenti già disponibili nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute al fine di ottimizzare le risorse già investite.
  5. Governo e Regioni convengono sulla necessità di procedere nel processo di riorganizzazione dei servizi sanitari per la cura del cittadino nei diversi livelli della rete delle cure (primarie, intermedie ed ospedaliere) nell'ottica di una integrazione dei percorsi di cura e di riqualificazione e rafforzamento dei Servizi sanitari regionali. A tal fine, le Regioni presentano entro 12 mesi il piano/programma di lettura, riordino e sviluppo dei propri servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.
  6. Si conviene che il percorso di revisione di cui al precedente comma sia orientato anche a:
    - un processo di integrazione ospedale-territorio mediante l'adozione di un modello organizzativo denominato "Ospedale Virtuale Territoriale" basato sulla realizzazione di un elevato grado di integrazione informativa e funzionale tra i diversi nodi della rete assistenziale (cure primarie, cure intermedie e ospedali per acuti) avvalendosi degli strumenti innovativi collegati alle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT), la ridefinizione in particolare del ruolo del medico di medicina generale, del medico di continuità assistenziale e di tutti gli attori della cura accreditati nel territorio per la gestione dell'emergenza-urgenza e della cronicità instabile, nonché mediante l'introduzione di modelli organizzativi dipartimentali "transmurali" ospedale-territorio e delle centrali operative;
    - la diffusione di modelli organizzativo-gestionali per casi a bassa complessità clinica basati sulla realizzazione, per i diversi setting assistenziali ospedalieri, di Week Hospital/Week Surgery, Day Hospital/Day Surgery e Day Service Ambulatoriale polispecialistici, secondo una logica di organizzazione per omogenea intensità clinico-assistenziali ed un'elevata integrazione multi professionale e multi specialistica, al fine di favorire l'accessibilità all'assistenza ospedaliera, migliorando la sostenibilità e garantendo la sicurezza delle cure;
    - una rivisitazione delle norme che regolano la gestione degli accessi dei codici bianchi al Pronto Soccorso anche al fine di migliorare la gestione delle liste di attesa;
  7. Governo e Regioni convengono sulla necessità di definire i criteri che qualificano i servizi offerti dalle "Farmacie dei servizi", nell'ambito del Gruppo di Lavoro istituito presso il Ministero della Salute, attraverso un documento che contenga le proposte circa i servizi offerti e le valutazioni in termini di:



- vantaggi per la salute dei cittadini nel loro percorso di cura;
  - risparmio di tempo e minori spostamenti;
  - ottimizzazione delle risorse per la programmazione regionale e possibile definizione della relativa remunerazione.
8. Governo e Regioni si impegnano ad individuare le modalità con cui garantire e tutelare il ruolo delle Farmacie Rurali al fine di mantenere il loro ruolo sociale quale presidio sanitario sul territorio spesso l'unico presidio sanitario esistente sul territorio.

#### Cronoprogramma di attuazione

| ART 10 - Reti strutturali di assistenza territoriale sociosanitaria. Presa in carico nel percorso di cura                                   | Entro          |
|---|----------------|
| Emanazione di un Regolamento definire gli standard relativi all'assistenza sociosanitaria territoriale                                      |                |
| <i>Costituire un Tavolo inter-istituzionale avendo raccolto le designazioni del Coordinamento delle Regioni</i>                             | 2 mesi         |
| <i>Predisporre il testo del Regolamento</i>   | 8 mesi         |
| <i>Acquisire il concerto del MEF</i>  | non definibile |
| <i>Sottoporre lo schema al parere della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea</i>   | non definibile |
| <i>Acquisire l'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni</i>   | non definibile |
| <i>Chiedere il parere del Consiglio di Stato sullo schema di Regolamento</i>  | non definibile |
| <i>Comunicare il Regolamento alla Presidenza del Consiglio dei Ministri</i>   | non definibile |
| <i>Emanare il Regolamento</i>   | non definibile |
| <i>Sottoporre il Regolamento al Visto e alla registrazione della Corte dei Conti</i>  | non definibile |
| <i>Pubblicare il Regolamento in Gazzetta Ufficiale</i>  | non definibile |
| Presentazione del piano/programma di lettura, riordino e sviluppo dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali da parte delle Regioni | 12 mesi        |
| Definizione dei criteri che qualificano i servizi offerti dalle "Farmacie dei servizi" e individuazione delle ricadute/impatti              | 4 mesi         |
| Definizione dei criteri e delle modalità di tutela e salvaguardia del ruolo delle Farmacie Rurali   | 4 mesi         |

## ART 11

### Funzione complementare e riordino dei fondi sanitari integrativi

I fondi sanitari integrativi sono una realtà presente da anni nello scenario sanitario nazionale e sono nati con la finalità di potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza e con questi comunque direttamente integrati. La normativa consente, dal 2008, che tali fondi siano anche parzialmente integrativi e possano avere diverse modalità di gestione. In considerazione del fatto che tali Fondi beneficiano di vantaggi fiscali e quindi rappresentano un costo per il bilancio dello Stato, è necessario che la loro attività costituisca un ulteriore strumento a supporto della garanzia della tutela della salute della popolazione e della sostenibilità del sistema.

Governo e Regioni convengono sull'opportunità di una revisione della disciplina di settore attualmente in vigore, al fine di incrementare l'erogazione di prestazioni integrative rispetto a quanto garantito dal Servizio Sanitario Nazionale e la relativa quota di risorse vincolate a tali fini,

necessarie per l'iscrizione all'anagrafe dei Fondi Sanitari istituita presso il Ministero della Salute e per l'accesso alle correlate forme di agevolazione fiscale.

La revisione muove dalla consapevolezza che i fondi sanitari convivono e si pongono in stretta relazione con un Servizio pubblico connotato dai principi di universalità, uguaglianza, equità nell'accesso alle prestazioni ed ai servizi, della centralità della persona e globalità della copertura assistenziale. La revisione normativa intende superare la duplicità delle forme previste dalla legislazione vigente e regolamentate dai decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009, nel rispetto dei principi di non selezione dei rischi, trasparenza della gestione, assenza di scopo di lucro.

I fondi sanitari integrativi, per la loro vocazione solidaristica d'inclusione sociale e di patto intergenerazionale, presentano, anche attraverso il ricorso alle agevolazioni fiscali, le caratteristiche idonee per sviluppare un sostanziale ruolo di complementarietà in diversi ambiti, quali la prevenzione, soprattutto per le malattie croniche degenerative, l'implementazione della Long Term Care, e la compartecipazione della spesa sanitaria da parte dei cittadini, l'odontoiatria compresa la prevenzione in ambito odontoiatrico. Vanno promosse le prestazioni che presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e collettivo, e quelle appropriate sia rispetto alle specifiche esigenze di salute del cittadino, sia rispetto alle modalità di erogazione delle prestazioni.

Va tuttavia posta attenzione a che i suddetti fondi:

- non assumano carattere prevalentemente sostitutivo del finanziamento pubblico, mettendo così a forte rischio il modello universalistico che si intende salvaguardare;
- non consentano l'effettuazione di prestazioni inappropriate.

#### ***ART 11 – Funzione complementare e riordino dei Fondi sanitari integrativi***

##### ***Bozza articolato***

1. Per garantire la sostenibilità del sistema e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse pubbliche è opportuno mettere a fattor comune tutte le risorse che vengono a qualunque titolo impiegate per l'erogazione di prestazioni sanitarie; a tal fine si conviene di migliorare la funzione di complementarietà dei fondi sanitari integrativi nello scenario sanitario nazionale, in una logica di integrazione rispetto alle prestazioni garantite dai LEA da parte del Servizio Sanitario Nazionale, che ha la finalità primaria di tutelare la salute di tutta la popolazione.
2. Si conviene quindi sulla necessità di aggiornare e rendere più organica la normativa che regola i fondi sanitari, con ridefinizione del rapporto di integratività rispetto al Servizio sanitario nazionale alla luce dell'attuale consistenza delle attività svolte nel settore e tenendo conto degli obiettivi istituzionali del Servizio sanitario nazionale.
3. Si conviene di ampliare sia il novero dei soggetti iscritti e beneficiari del regime di vantaggio fiscale sia i soggetti beneficiari delle prestazioni anche con riferimento al periodo di collocamento a riposo e di cessazione dell'attività lavorativa.

4. Si intende operare, in particolare, sulla determinazione della quota di risorse vincolate e sul superamento della duplicità delle forme previste dai decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009, nel rispetto dei principi di non selezione dei rischi, di non discriminazione nell'accesso alle prestazioni, di trasparenza della gestione e assenza di scopo di lucro.
5. Si conviene che i fondi sanitari integrativi siano indirizzati, anche attraverso il ricorso alle agevolazioni fiscali, verso un ruolo di complementarietà dei LEA, in ambiti quali la prevenzione e gli stili di vita, soprattutto per le malattie croniche degenerative, l'implementazione dell'area sociosanitaria per la Long Term Care, e la compartecipazione della spesa sanitaria da parte dei cittadini, odontoiatria compresa la prevenzione in ambito odontoiatrico. Va altresì prestata attenzione a che i fondi non divengano sostitutivi e che non consentano di autorizzare prestazioni inappropriate.
6. Si conviene di favorire il ricorso a strutture pubbliche e private accreditate per l'erogazione delle prestazioni agli iscritti ai fondi sanitari.
7. Si conviene di rafforzare il sistema di vigilanza sulle attività svolte dai fondi integrativi e a tal fine si prevede, ai sensi dell'art. 3, comma 9, del decreto ministeriale 27 ottobre 2009, l'adozione di un decreto che individui più specificamente le modalità di funzionamento a regime dell'anagrafe del Ministero della salute, con l'obiettivo di garantire maggiore trasparenza e tutela ai cittadini iscritti ai fondi. A tal fine, il Ministero della Salute effettua rilevazioni presso i Fondi, anche attraverso questionari, per integrare le informazioni a sua disposizione circa la quantità e la tipologia di prestazioni erogate dagli stessi Fondi.
8. Si conviene di istituire presso il Ministero della salute un apposito gruppo di lavoro misto, Ministero della salute e Regioni, che elabori un documento tecnico di proposta di revisione della normativa vigente e definisca anche le modalità di istituzione e funzionamento dell'apposito Osservatorio nazionale dei fondi sanitari integrativi.

#### Cronoprogramma di attuazione

| ART 11 - Ruolo complementare dei Fondi Integrativi al Servizio Sanitario Nazionale   | Entro          |
|--|----------------|
| Costituire un Tavolo Ministero-Regioni avendo raccolto le designazioni del Coordinamento delle Regioni, prevedendo anche il coinvolgimento del Ministero dell'Economia e delle Finanze                                       | 3 mesi         |
| Predisporre il testo per la revisione della normativa attualmente in vigore, avviando le attività dalla proposta di una modifica legislativa all'articolo 9 del d.lgs. 502/92; da condividere preliminarmente con le regioni | 12 mesi        |
| Delineare le linee di fondo per la modifica degli aspetti di disciplina amministrativa   | 12 mesi        |
| Attivare forme di consultazione con i principali Fondi integrativi ed esperti della materia  | 3 mesi         |
| Rivedere il testo, se necessario, tenendo conto dei risultati delle consultazioni  | 2 mesi         |
| Acquisire l'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni   | 2 mesi         |
| Predisporre la relazione illustrativa e quella tecnica   | 2 mesi         |
| Avviare l'iter del disegno di legge, come emendamento da apportare nell'ambito di una più ampia manovra  | non definibile |
| Avviare la riforma dei decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 novembre 2009, che prevede un ulteriore iter con la predisposizione del testo di decreto nell'ambito del tavolo Ministero-Regioni                             | non definibile |
| Acquisire l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, fino alla pubblicazione e registrazione della Corte dei conti  | non definibile |

## ART 12

### Modelli previsionali

Stato e Regioni si impegnano a favorire e incentivare lo sviluppo e l'adozione di modelli previsionali, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie ICT, che, tramite la capacità di analisi dei principali trend in atto, delle evoluzioni e delle interrelazioni esistenti tra le diverse variabili del sistema sanitario, nonché di valutazione dei relativi impatti, possano supportare le scelte di programmazione sanitaria, rendendole maggiormente coerenti con gli scenari evolutivi di medio-lungo periodo e favorendo la sostenibilità del sistema.

A tal fine Governo e Regioni si impegnano a favorire lo sviluppo di nuove tecniche di elaborazione e di interconnessione dei dati anonimizzati, rilevati dai flussi informativi del Servizio Sanitario Regionale al fine di produrre statistiche descrittive e previsionali di fonte istituzionale, che possano supportare le scelte di programmazione sanitaria regionali e nazionali.

In tale ottica, Governo e Regioni collaborano a realizzare un modello di stratificazione della popolazione assistita per patologia necessaria a valutare i fabbisogni di salute per livello di cronicità utili anche per dare esecuzione al D.Lgs 98/2011 in tema di allocazione delle risorse e monitoraggio delle stesse a livello centrale nel medio lungo periodo.

#### **ART 12 – Modelli previsionali** **Bozza articolato**

1. Governo e Regioni si impegnano collaborare per realizzare strumenti informativi e modelli previsionali anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie ICT, che, tramite la capacità di analisi dei principali trend in atto, delle evoluzioni e delle interrelazioni esistenti tra le diverse variabili del sistema sanitario, nonché di valutazione dei relativi impatti, possano supportare le scelte di programmazione sanitaria, rendendole maggiormente coerenti con gli scenari evolutivi di medio-lungo periodo e favorendo la sostenibilità del sistema.
2. Si impegnano altresì a mettere a condividere un sistema di stratificazione nazionale della popolazione assistita
3. Le Regioni collaborano nel rendere disponibili dati individuali anonimizzati ancorché non compresi attualmente nel sistema NSIS (es. Esenzioni per patologia, anagrafe assistiti scelta e revoca, mortalità). Il Governo si impegna a condividere i risultati delle analisi descrittive e previsionali.

#### **Cronoprogramma di attuazione**

| ART 12 - Modelli previsionali             | Entro   |
|---|---------|
| Modello pilota Ministero Salute e Regioni | 12 mesi |

## ART13 Ricerca

L'articolo 20 del Patto per la salute relativo al triennio 2014-2016 indica che la ricerca sanitaria è parte integrante delle attività del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) poiché è fondamentale per garantire ai cittadini una sanità che risponda in modo efficace, efficiente e sostenibile ai reali bisogni di assistenza e cura. I risultati raggiunti con l'attività di ricerca sanitaria si traducono in miglioramenti concreti dell'assistenza sanitaria, dei servizi e della loro organizzazione con conseguenti guadagni concreti nella qualità di vita della popolazione.

Stato e regioni convengono sull'importanza ribadire la rilevanza strategica della ricerca sanitaria volta a produrre progressi, grazie alle nuove terapie e ai nuovi modelli di organizzazione, nelle condizioni di salute dei cittadini e, conseguentemente, fornire strumenti per un uso ottimale delle risorse e ridurre eventuali sprechi.

Proprio perché parte integrante del SSN, Stato e Regioni convengono sulla possibilità di finanziamento della ricerca anche con le risorse del fondo sanitario regionale. I relativi oneri, infatti, rappresentano investimenti per gli assetti organizzativo-assistenziali regionali e per l'individuazione di nuovi percorsi terapeutici e non semplici fonti di costo.

Tra le strategie di sviluppo occorre considerare quanto previsto nel Programma nazionale della ricerca sanitaria, oltre che le indicazioni che saranno fornite dal Comitato tecnico sanitario.

Al fine di garantire la promozione della ricerca, Stato e regioni convengono sulla particolare rilevanza assunta dall'attuazione della normativa in materia di personale della ricerca sanitaria e delle attività di supporto negli IRCCS pubblici e IZS, ai sensi dell'articolo 1, commi 422 – 434, della legge 27 dicembre 2017 n. 205. Per coniugare le esigenze del settore della ricerca, caratterizzato in tutti i Paesi da flessibilità e mobilità, con quelle dei ricercatori, evitando il fenomeno della precarietà, tale norma consentirà di coniugare flessibilità e continuità nel rapporto di lavoro.

Nel ribadire che la Ricerca sanitaria può contribuire in maniera significativa allo sviluppo economico del Paese ed alla sostenibilità del SSN, come, ad esempio, nel campo delle terapie avanzate, occorre prestare attenzione alla utilizzazione delle risorse stanziare per il settore sanitario dal Fondo di coesione nell'ambito della Strategia Nazionale di Specializzazione intelligente.

Considerato che nell'ambito del SSN gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sono enti con caratteristiche specifiche che li differenziano dalle aziende ospedaliere, è utile assicurare coerenza tra le direttive fornite dal Direttore generale, responsabile della gestione complessiva dell'Ente, e quelle date dal Direttore scientifico, responsabile delle attività di ricerca. Al riguardo, fermo restando le vigenti procedure di nomina, per pervenire ad una condivisione degli obiettivi propri di tali Istituti, si conviene:

- a) l'assegnazione da parte delle Regioni, al momento del conferimento dell'incarico ai Direttori generali, di specifici obiettivi legati all'attività di ricerca svolta nell'Istituto che andranno a dirigere;
- b) la messa a disposizione dei Direttori generali degli IRCCS, a seguito della nomina, percorsi formativi dedicati, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, secondo programmi approvati dal Ministero della salute e dal Gruppo tecnico regionale sulla ricerca, su proposta della medesima Agenzia.

Il Sistema degli IRCCS nel corso degli ultimi anni è cresciuto notevolmente. L'aumento del numero degli Istituti -per quanto di per sé positivo perché sintomo della vitalità del sistema e di sviluppo delle capacità di ricerca nel nostro Paese - potrebbe condizionarne la sostenibilità e il futuro, in quanto all'aumento del numero degli Istituti non si accompagna un corrispondente aumento delle risorse.

Al riguardo, considerato quanto disposto dall'articolo 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, in merito alla procedura di riconoscimento del carattere scientifico degli IRCCS - che assegna alla Regione competente l'avvio del procedimento e richiede il parere della Conferenza Stato Regioni per la conclusione del procedimento medesimo - si conviene di adeguare il fondo della ricerca in occasione del riconoscimento dei nuovi Istituti.

**ART 13 – Ricerca**  
**Bozza articolato**

1. Si conviene, ai sensi degli articoli 12 e 12 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, che la ricerca sanitaria è parte essenziale della *mission* del Servizio sanitario nazionale (SSN) e pertanto è finanziata anche con risorse del fondo sanitario regionale.
  2. Nel Programma nazionale della ricerca sanitaria 2020-2022 saranno indicate le aree prioritarie della ricerca, in relazione alle quali saranno promosse specifiche iniziative.
  3. Stato e regioni convengono che il personale addetto alla ricerca costituisce una risorsa fondamentale per lo sviluppo e la sostenibilità del SSN e pertanto si impegnano, una volta completata la fase transitoria di attuazione della normativa di cui all'articolo 1, commi 422 – 434, della legge 27 dicembre 2017 n. 205, a valutarne i relativi effetti al fine di eventuali successive azioni.
  4. Al fine dell'utilizzazione delle risorse stanziare per il settore sanitario dal Fondo di coesione nell'ambito della Strategia Nazionale di Specializzazione intelligente, si conviene che sia adottato il Programma multiregionale da adottarsi sulla base del Piano operativo salute, approvato con delibera CIPE del 28 febbraio 2018, pubblicata in G.U. il 9 agosto 2018.
  5. Al fine di uniformare gli indirizzi forniti nell'ambito delle attività degli IRCCS, tenuto conto delle peculiarità di tali Istituti, ai Direttori generali sono assegnati specifici obiettivi legati all'attività di ricerca e/o somministrata un'attività formativa specifica non propedeutica alla nomina, avvalendosi di AGENAS secondo programmi approvati dal Ministero della salute e dal Gruppo tecnico regionale sulla ricerca, su proposta della medesima Agenzia
- Si conviene che all'atto del parere ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, la Conferenza Stato –Regioni si impegna a riservare, in sede della successiva intesa per il riparto del Fondo sanitario nazionale, una cifra a valere sulla quota indistinta del medesimo fondo, pari a 3 milioni annui.

| Cronoprogramma di attuazione  |  |
|---|--|
| ART 13 - Ricerca  | Entro  |
| Finanziamento regionale della ricerca: affermazione di principio        | non definibile   |
| Individuazione nel PNRS 2020-2021 delle aree prioritarie della ricerca  | 12 mesi  |
| Valutazione effetti attuazione normativa personale addetto alla ricerca | 18 mesi  |
| Adozione Programmi multiregionali del Piano operativo salute            | 6 mesi   |
| Direttive per Direttori generali IRCCS                                  | All'atto dell'incarico   |
| Apposita formazione per i Direttori generali degli IRCCS                | Entro 4 mesi dall'approvazione dell'apposito documento di formazione, su proposta Agenas |
| Attribuzioni di una quota del Fondo sanitario per gli IRCCS             | All'atto del riparto del fondo successivo al riconoscimento di un nuovo IRCCS            |

#### ART14

### **Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni e abolizione quota fissa 10 euro per ricetta prestazioni di specialistica ambulatoriale**

Governo e Regioni convengono sulla necessità di garantire una maggiore equità nell'accesso dei cittadini all'assistenza sanitaria attraverso una revisione della disciplina della partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini che preveda la graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del "reddito familiare equivalente" (vale a dire del reddito prodotto dal nucleo familiare fiscale rapportato alla numerosità del nucleo familiare). Anche stabilendo un importo come limite massimo annuale di spesa, al raggiungimento del quale cesserà l'obbligo dell'assistito di partecipare alla spesa sanitaria. La nuova disciplina dovrà garantire, comunque, un introito per il SSN equivalente a quello attualmente percepito a titolo di ticket e di quota fissa sulla ricetta.

Governo e Regioni convengono inoltre sulla necessità di procedere all'abolizione della quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da parte degli assistiti non esentati, inserita da ultimo a decorrere dal 17 luglio 2011 dall'articolo 17, comma 6, del decreto- legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, nonché delle misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, valutate equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, secondo le modalità di cui all'articolo 1, comma 796 lettera p-bis della legge 27 dicembre 2006, n. 296. A tale abolizione è subordinato l'accesso delle regioni all'incremento del livello del finanziamento a partire dal 2020, rispetto al valore stabilito per l'anno 2019, come quantificato dall'articolo 1, comma 514 della legge 30 dicembre 2018, n.145.

**ART 14 – Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni e abolizione quota fissa 10 euro per ricetta prestazioni di specialistica ambulatoriale**

**Bozza articolato**

1. Al fine di garantire una maggiore equità nell'accesso dei cittadini all'assistenza sanitaria, si conviene di provvedere alla revisione della disciplina della partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:
  - sono assoggettate alla partecipazione alla spesa sanitaria le prestazioni di assistenza farmaceutica, le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero codificate con codice bianco, le prestazioni di assistenza termale;
  - sono identificate le prestazioni sanitarie erogate a tutela di condizioni di particolare interesse sociale, escluse dalla partecipazione alla spesa sanitaria, come i soggetti vulnerabili privi di reddito (es. minori fuori famiglia, minori stranieri non accompagnati, *care leavers*, vittime di violenza intenzionale);
  - la partecipazione alla spesa sanitaria è graduata in relazione al reddito prodotto dal nucleo familiare fiscale, rapportato alla composizione del nucleo stesso sulla base di una scala di equivalenza (reddito equivalente RE);
  - la disciplina della partecipazione alla spesa sanitaria tiene conto della presenza di malattie croniche e invalidanti o di malattie rare ovvero del riconoscimento di invalidità o dell'appartenenza a categorie protette;
  - è fissato un importo massimo annuale di partecipazione alla spesa sanitaria, rapportato al reddito equivalente, al superamento del quale cessa l'obbligo della partecipazione alla spesa sanitaria;
  - la nuova disciplina della partecipazione garantisce per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla vigente legislazione nazionale, incluso il gettito derivante dall'applicazione dell'articolo 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 ovvero delle misure alternative regionali di cui all'articolo 1, comma 796, lettera p-bis), della medesima legge 27 dicembre 2006, n. 296;
  - fermo restando il rispetto dei principi generali della nuova disciplina al fine di garantire l'unitarietà del sistema, sono definiti gli ambiti di flessibilità attribuiti alle regioni nell'applicazione della partecipazione alla spesa sanitaria;
  - il Sistema tessera sanitaria mette annualmente a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale le informazioni rilevate dall'Agenzia delle entrate sul reddito equivalente degli assistiti, calcolato sull'ultimo reddito disponibile al sistema informativo dell'anagrafe tributaria, nonché le informazioni rilevate dall'INPS, utili al riconoscimento ed alla verifica del diritto alla esenzione;
  - sono individuate modalità per consentire l'agevole riconoscimento del diritto all'esenzione delle persone non presenti nell'Anagrafe tributaria dell'Agenzia delle entrate e misure per tutelare gli assistiti che hanno subito consistenti riduzioni del RE nel periodo successivo alla presentazione della dichiarazione dei redditi, prevedendo, in caso di accertata dichiarazione mendace, il recupero delle somme dovute dall'assistito ai sensi della legge 24 novembre 1981, n. 689, ferma restando la rettifica della posizione dell'assistito in merito alla partecipazione alla spesa sanitaria.
2. A decorrere dal 1° gennaio 2020, cessano di avere effetto le disposizioni di cui all'articolo 17, comma 6, del decreto- legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 e dell'articolo 1, comma 796 lettera p-bis della legge 27 dicembre 2006, n. 296, con la conseguente abolizione della quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza



specialistica ambulatoriale da parte degli assistiti non esentati nonché delle misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, valutate equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario, secondo le modalità di cui all'articolo 1, comma 796 lettera p-bis della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

3. Alla copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del comma 2 si provvede a partire dal 2020 nell'ambito delle risorse incrementali del livello del finanziamento, rispetto al valore stabilito per l'anno 2019, come quantificato dall'articolo 1, comma 514 della legge 30 dicembre 2018, n.145.

#### Cronoprogramma di attuazione

| ART 14 - Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni e abolizione quota fissa 10 euro per ricetta prestazioni di specialistica ambulatoriale  | Entro          |
|---|----------------|
| Approvare una norma di legge che abroghi le disposizioni della legge n. 537 del 1993 come successivamente modificate, e fissi i principi e i criteri di delega per l'emanazione di un decreto legislativo delegato                  | non definibile |
| Costituire un Tavolo inter-istituzionale avendo raccolto le designazioni del Coordinamento delle Regioni  | 2 mesi         |
| Acquisire da Agenzia delle Entrate le informazioni aggiornate sulla distribuzione dei consumi sanitari per fascia di reddito equivalente dell'assistito ed effettuare le necessarie simulazioni con un modello di calcolo condiviso | 6 mesi         |
| Predisporre il testo del decreto legislativo  | 3 mesi         |
| Acquisire la preliminare approvazione del Consiglio dei Ministri  | non definibile |
| Acquisire il parere del MEF, della Conferenza Stato Regioni e delle Commissioni parlamentari  | non definibile |
| Acquisire il concerto con i Ministri interessati e la deliberazione del Consiglio dei Ministri  | non definibile |
| Approvare una norma di legge che preveda la cessazione degli effetti prodotti dalla legge n.11 del 2011 di conversione del decreto legge 98/2011 e della legge 296/2006   | non definibile |

## ART 15

### Sistema comune di controlli di appropriatezza degli erogatori accreditati

Governo e Regioni convergono sulla necessità di assumere un impegno specifico per il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori pubblici e privati accreditati, sviluppando un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale tramite un set di indicatori oggettivi e misurabili, anche al fine di superare l'elevata frammentazione che caratterizza l'attuale panorama delle diverse Regioni e Province Autonome.

#### **ART 15 – Sistema comune di controlli di appropriatezza degli erogatori accreditati**

##### **Bozza di articolato**

1. Governo e Regioni si impegnano a definire criteri condivisi in materia di controlli di appropriatezza delle prestazioni erogate dagli erogatori pubblici e privati accreditati, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 1, comma 516, punto f), della legge 30 dicembre 2018 n. 145, mediante un

sistema di indicatori oggettivi e misurabili i cui contenuti saranno definiti con un accordo entro 180 giorni dall'approvazione della presente Intesa.

#### **Cronoprogramma di attuazione**

| <b>ART 15 - Sistema comune di controlli di appropriatezza degli erogatori accreditati</b>  | <b>Entro</b> |
|--|--------------|
| Costituire un Tavolo Ministero-Regioni avendo raccolto le designazioni del Coordinamento delle Regioni   | 2 mesi       |
| Predisporre il sistema di valutazione, raccogliendo le buone pratiche dei territori regionali e definendo gli indicatori che si ritengono essenziali per il monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni dei soggetti pubblici e privati accreditati | 8 mesi       |
| Predisporre il testo e acquisire l'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni  | 2 mesi       |

### **ART 16**

#### **Aggiornamento standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera**

Il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha definito gli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, assegnando alle strutture erogatrici ruoli specifici e strutturati secondo livelli gerarchici, definiti in base a caratteristiche standard quali il bacino di utenza, i volumi di attività erogati, gli esiti delle cure.

Con il citato decreto, Stato e regioni hanno condiviso un sistema di regole nell'organizzazione dei sistemi sanitari regionali, con lo scopo sia di standardizzare i percorsi ospedalieri mediante l'introduzione di reti a complessità progressiva, che di garantire volumi minimi di attività cui corrispondo migliori esiti, attraverso la concentrazione della casistica in punti di erogazione predefiniti.

A quattro anni dalla sua adozione, si conviene sulla necessità di revisione e manutenzione del decreto, aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse Regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali (es. punti nascita).

#### ***ART 16 – Aggiornamento standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera***

##### ***Bozza di articolato***

1. Governo e Regioni si impegnano ad aggiornare il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, mediante un accordo entro 180 giorni dall'approvazione della

presente Intesa su una proposta elaborata da un apposito Tavolo Tecnico Regioni-Ministero della salute.

#### **Cronoprogramma di attuazione**

| <b>ART 16 - Aggiornamento standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera</b> | <b>Entro</b> |
|---|--------------|
| Costituire un Tavolo Ministero-Regioni  | 2 mesi       |
| Predisporre la proposta di aggiornamento  | 2 mesi       |
| Predisporre il testo e acquisire l'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni   | 2 mesi       |

### **ART 17**

#### **Piano Nazionale Liste di attesa**

Governo e Regioni convengono sulle necessità di implementare il nuovo Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019-2021 che nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

#### **ART 17 – Piano Nazionale Liste di Attesa** **Bozza articolato**

1. Governo e Regioni convengono sulle necessità di implementare il nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa 2019-2021, di cui all'art. 1 comma 172 della legge 311 del 2004 e di attuare gli interventi ivi previsti.

#### **Cronoprogramma di attuazione**

| <b>ART 17 - Piano Nazionale Liste di Attesa</b>               | <b>Entro</b> |
|---|--------------|
| Approvazione del PNGLA  | 1 mese       |
| Recepimento del PNGLA con atto regionale formalmente adottato | 2 mesi       |

## ART 18

### **Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari**

Stato e Regioni convengono sulle necessità di utilizzare con efficacia i dati di cui dispongono le strutture sanitarie e socio-sanitarie, per effetto della loro attività istituzionale e di trasformarle in informazioni in grado di generare valore nell'erogazione dei servizi.

A fronte della necessità di incrementare la capacità di intercettare i bisogni dei cittadini, Stato e Regioni convengono sulla necessità di indirizzare le strutture sanitarie verso lo sviluppo di progettualità che abbiano come obiettivo quello di migliorare l'esperienza del cittadino in termini di efficacia della comunicazione, trasparenza ed efficienza dei percorsi interni clinici e amministrativi, equità nell'accesso ai servizi.

Le potenzialità offerte dalle nuove tecnologie in termini di raccolta, analisi, elaborazione, esposizione e comunicazione dei dati, integrazione dei nuovi canali di comunicazione nei processi aziendali, utilizzo delle tecnologie Web e interoperabilità sono la leva digitale per trasformare l'attuale modello di offerta dei servizi al cittadino in un modello partecipato e personalizzato rispetto ai propri bisogni socio-sanitari.

Stato e Regioni si impegnano ad individuare, all'interno del piano straordinario degli investimenti in sanità, un filone specifico dedicato alla realizzazione di soluzioni in grado di analizzare il contesto esterno e l'organizzazione interna delle strutture sanitarie e delle Regioni, e, al contempo, di fornire agli assistiti strumenti semplici e facilmente utilizzabili per essere accompagnati nei propri rapporti con la struttura sanitaria. Tali interventi non potranno prescindere da un adeguamento dei processi, degli strumenti e delle tecnologie delle aziende sanitarie e delle Regioni per supportare la realizzazione di nuovi modelli di relazione e presa in carico dell'assistito che oggi risulta più informato e maggiormente esigente.

#### ***ART 18 – Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari Bozza di articolato***

1. Stato e Regioni convengono sulle necessità di utilizzare con efficacia i dati di cui dispongono le strutture sanitarie e socio-sanitarie, per effetto della loro attività istituzionale e di trasformarle in informazioni in grado di generare valore nell'erogazione dei servizi.
2. A fronte della necessità di incrementare la capacità di intercettare i bisogni dei cittadini, Stato e Regioni si impegnano ad indirizzare le Regioni e le strutture sanitarie verso lo sviluppo di progettualità che abbiano come obiettivo quello di migliorare l'esperienza del cittadino in termini di efficacia della comunicazione, trasparenza ed efficienza dei percorsi interni clinici e amministrativi, equità nell'accesso ai servizi.
3. Stato e Regioni si impegnano ad individuare, all'interno del piano straordinario degli investimenti in sanità, un filone specifico dedicato alla realizzazione di soluzioni in grado di analizzare il contesto esterno e l'organizzazione interna delle strutture sanitarie e delle Regioni, e, al contempo, di fornire agli assistiti strumenti semplici e facilmente utilizzabili per essere

accompagnati nei propri rapporti con la struttura sanitaria. Tali interventi non potranno prescindere da un adeguamento dei processi, degli strumenti e delle tecnologie delle aziende sanitarie e delle Regioni per supportare la realizzazione di nuovi modelli di relazione e presa in carico dell'assistito che oggi giorno risulta più informato e maggiormente esigente.

#### Cronoprogramma di attuazione

| ART 18 - Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari                      | Entro  |
|---|--------|
| Definizione del filone di finanziamento dedicato all'interno del piano straordinario degli investimenti in sanità | 3 mesi |
| Definizione del Regolamento con il dettaglio dei contenuti dei progetti finanziabili                              | 3 mesi |

## ART XX Norme finali

### **ART XX – Norme finali** **Bozza di articolato**

1. Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, si impegnano ad adottare ogni necessario provvedimento normativo e amministrativo, in attuazione della presente Intesa, anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme.
2. In caso di modifiche normative sostanziali e/o degli importi di cui all'art. 1, ove necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico, la presente intesa dovrà essere altresì oggetto di revisione.

ALLEGATO 1  
**Appunti: elementi da discutere**

1. Riparto
2. ...

**ALLEGATO 2**  
**Legge di Bilancio 2019**

**Legge 30 Dicembre 2018, n 145**

*515. Per gli anni 2020 e 2021, l'accesso delle regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto al valore stabilito per l'anno 2019 è subordinato alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di una specifica intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per il Patto per la salute 2019-2021 che contempra misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi.*

*516. Le misure di cui al comma 515 devono riguardare, in particolare:*

*a) la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;*

*b) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa;*

*c) la valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ivi comprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;*

*d) l'implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale che consentano di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del Sistema tessera sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico;*

*e) la promozione della ricerca in ambito sanitario;*

*f) il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili, anche aggiornando quanto previsto dall'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;*

*g) la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.*