



Ministero della Salute

Il Ministro

Ministero della Salute

GAB

0002591-P-13/03/2019

G.2. b/3



323529802

CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
14 Mar 2019
Prot. n. 1551/C7SAN

Caro Stefano,

ho rivisto il documento introduttivo alle attività istruttorie per il nuovo Patto per la salute apportandovi, come già anticipato nell'incontro del 27 febbraio u.s., talune modifiche ed integrazioni.

Te ne allego copia confidando che possa costituire comune premessa per il buon esito dei nostri lavori.

Cordiali saluti.

Giulia Grillo

Pres. Stefano Bonaccini
Conferenza delle Regioni e Province Autonome
Via Parigi 11
00185 Roma

PATTO PER LA SALUTE 2019-2021

Punti programmatici

I principi ispiratori di questo Patto muovono dalla consapevolezza che sia necessario scrivere una nuova pagina del SSN, in grado, da un lato, di preservare gli importanti risultati fino ad oggi ottenuti dalle politiche di risanamento degli anni passati e, allo stesso tempo, di guardare al futuro rafforzando lo spirito universalistico, equitario e solidaristico del Sistema, che indirizzi le azioni e le politiche verso il recupero delle forti disparità che ancora oggi persistono tra le Regioni.

Il Governo e le Regioni, alla luce del quadro costituzionale emerso all'esito del referendum del 4 dicembre 2016, confermano la volontà di consolidare la leale collaborazione tra i diversi livelli istituzionali coinvolti nella *governance* del Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo primo e irrinunciabile di fornire ai cittadini servizi sanitari efficienti, appropriati, innovativi e qualitativamente adeguati, perseguendo la sostenibilità del sistema attraverso il costante miglioramento dei processi programmatici, organizzativi e di produzione.

Alla base del Patto, si intende affermare la volontà di chiamare Stato e Regioni ad un vero e proprio "patto di coesione nazionale", che si traduca in un'azione solidale di supporto e condivisione di strumenti e modelli di *governance* in grado nel tempo di uniformare gli approcci e avvicinare le *performance* dei diversi Servizi Sanitari Regionali.

Se è vero che il SSN, giunto al suo 40esimo anno di vita, rappresenta motivo di orgoglio e patrimonio inestimabile e irrinunciabile del Paese, del suo sviluppo e della sua coesione sociale, è necessario che la Sanità sia messa al centro delle azioni e dell'agenda del Governo e che le decisioni prese, a partire dai contenuti del nuovo Patto per la Salute, siano coerenti con tali principi, consentendo al cittadino di ricevere le giuste cure in relazione ai propri bisogni e contribuendo in relazione alla proprie possibilità. A tal fine deve essere garantito il livello di finanziamento del SSN in misura coerente ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Le Regioni hanno fornito, negli ultimi anni, numerose prove di collaborazione istituzionale e di efficacia ed efficienza della propria azione di governo: il miglioramento medio dei livelli assistenziali certificato dalle valutazioni compiute in sede di adempimenti e Griglia

LEA, il contributo alle manovre di finanza pubblica per far fronte alla crisi economica, il sostanziale equilibrio economico-finanziario raggiunto e mantenuto dal SSN negli ultimi anni, l'approvazione e prime applicazioni del DPCM dei nuovi LEA, il sostegno alle nuove politiche vaccinali.

Lo Stato ha costantemente posto in essere, nel pieno rispetto delle competenze regionali, azioni di coordinamento che hanno portato importanti risultati in termini di efficientamento del sistema, riconduzione ad equilibrio dei conti, nonché ad una crescita del livello qualitativo dei servizi. Accanto a detti processi, lo Stato si è fatto altresì garante di preservare l'unitarietà del sistema e la coesione fra i diversi sistemi sanitari regionali.

Sott'altro profilo, in questi anni il SSN, pur avendo garantito un sostanziale universalismo, sembra avere tradito alcune aspettative: prima tra tutte quella della riduzione delle disparità geografiche. Il divario Nord-Sud rimane evidente e in larga misura immutato in termini di servizi offerti, per quantità e qualità, di speranza di vita, di accesso alle cure e di liste di attesa che non trovano giustificazione nel livello di finanziamento dei singoli servizi sanitari regionali stante la sua sostanziale omogeneità in relazione alla popolazione assistita.

Allo stesso tempo, le eccessive variabilità regionali oggi rilevate in termini di servizi sanitari offerti, dalla prevenzione alla cura, non possono essere più accettate in un Paese la cui Costituzione non discrimina i cittadini in base al luogo di nascita.

Ad oltre 10 anni dal primo accordo sui piani di rientro, il bilancio sui risultati ottenuti evidenzia che sono stati raggiunti gli obiettivi di contenimento della spesa (con l'eccezione delle Regioni Molise e Calabria), e in gran parte sono stati recuperati gli ingenti disavanzi sanitari esistenti nell'anno 2006. Al contrario, gli obiettivi di riqualificazione dei SSR, che avrebbero dovuto portare ad una efficace ed appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza in tutte le Regioni, non sono stati raggiunti o lo sono stati parzialmente. Ed inoltre l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza si presenta difforme e con differenze significative anche a livello sub regionale. Risulta inoltre estremamente preoccupante il fenomeno della mobilità passiva che, come noto, sottrae importanti risorse soprattutto alle Regioni che presentano situazioni di criticità sia rispetto all'erogazione dei LEA, sia rispetto agli aspetti contabili.

La Sanità, pur con i limiti evidenziati - è il comparto del settore pubblico maggiormente sottoposto a valutazioni di efficacia, efficienza ed equità, sia a livello nazionale che internazionale, e ha dato risposte più che adeguate; a fronte di ciò, ha visto negli ultimi anni

crescere il livello di finanziamento in misura non sempre rispondente alle reali esigenze di un sistema che aspira a raggiungere *standard* qualitativi di livello.

Stato e Regioni ritengono che la garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sia irrinunciabile e che vadano adottate le scelte di *governance* necessarie per non mettere a rischio la sostenibilità del SSN già nel medio periodo.

A tal fine, Stato e Regioni condividono quanto segue:

- a) su un piano metodologico vanno individuati puntualmente i margini di riqualificazione della spesa nei singoli territori alla luce delle evidenze emerse sulla base di comportamenti e costi standard;
- b) in coerenza con le risultanze di cui al punto a), si conviene di elaborare una metodologia prospettica finalizzata ad individuare i costi associati ai fabbisogni di salute della popolazione, garantendo un coerente finanziamento del SSN per il triennio 2019-2021 finalizzato eventualmente anche ad una aggregazione per patologia di spesa;
- c) con la prospettiva di perseguire maggiore omogenizzazione dei servizi sul territorio e garantire universalismo ed equità nell'accesso al SSN, si conviene sull'utilità di avviare un percorso condiviso di riqualificazione e armonizzazione e integrazione dei servizi di assistenza territoriale sociosanitaria, attento al lavoro di rete e a supporto dei percorsi assistenziali nel loro complesso, realizzando la presa in carico del paziente in particolare per la cronicità e l'ambito materno-infantile. Con il DM 70/2015 si è condiviso un importante ammodernamento relativamente agli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera, ma è oggi opportuno affrontare lo stesso percorso per i servizi territoriali con la finalità di superare la variabilità regionale che oggi caratterizza l'assistenza territoriale nel nostro Paese, definendo gli *standard* di offerta e i relativi costi, e realizzando l'integrazione ospedale-territorio con il modello dell'ospedale territoriale virtuale;
- d) nella prospettiva di contribuire a garantire la sostenibilità del sistema e l'ottimale utilizzo delle risorse, si condivide l'opportunità di governare il razionale utilizzo di tutte le risorse che vengono a qualunque titolo impiegate per l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, orientandole in una logica di reale complementarietà rispetto alle prestazioni garantite nei LEA dal Servizio Sanitario Nazionale;

- e) sono considerati di interesse strategico gli interventi sul patrimonio immobiliare e tecnologico necessari per garantire un adeguato ammodernamento infrastrutturale e delle attrezzature a disposizione dei Servizi Sanitari Regionali. A tal fine, si intende predisporre un piano pluriennale in materia di edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, mettendo a sistema tutte le fonti finanziarie a qualunque titolo a disposizione dello Stato e indirizzarle in base alle priorità nazionali.

Il Governo e le Regioni confermano la disponibilità, - in questo frangente storico che richiede importanti innovazioni per fronteggiare l'evoluzione dei bisogni da coniugare con le grandi opportunità offerte dalle nuove tecnologie (riforma delle politiche sociali e sanitarie a favore dell'unicità della persona, sanità digitale e telemedicina, medicina personalizzata, farmaci molecolari, dispositivi innovativi...) - a scrivere insieme un nuovo Patto per la Salute per affrontare le grandi sfide del SSN, definire gli obiettivi di salute da perseguire e le modalità attuative, con reciproci impegni e responsabilità, a partire dalle misure previste al comma 516 della legge di Bilancio 2019.

Governo e Regioni concordano sui seguenti punti:

- il Patto, nella logica di valorizzare i rispettivi ruoli e responsabilità – le richieste di autonomia differenziata di numerose Regioni rappresentano la risposta a mancate soluzioni su tematiche di grande rilievo ed urgenza per il SSN - deve prevedere una revisione dei meccanismi di controllo analitico dei processi e dei costi di singoli fattori produttivi;
- il passaggio alla individuazione di pochi, sintetici e significativi, indicatori di risultato sotto il profilo economico finanziario e agli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzie sotto il profilo di qualità dei servizi per valutare lo stato di *salute* del singolo SSR;
- il rispetto degli indicatori di risultato consente alla Regione di operare secondo le modalità programmatiche e organizzative definite a livello regionale;
- il mancato rispetto degli indicatori comporta, di contro, la piena responsabilità della regione e dei suoi organi di governo; si ritiene che gli attuali strumenti e procedure dei piani di rientro (oggi programmi operativi) e dei commissariamenti – certamente utili in una determinata fase storica – vadano rivisti e sostituiti in una logica di

affiancamento e supporto alle Regioni in difficoltà, allo scopo di migliorare il livello quali-quantitativo delle attività assistenziali e le capacità di governo delle organizzazioni regionali. A tal fine la realizzazione di un sistema di reti cliniche nazionali di alta specialità può essere utile per integrare i sistemi regionali e migliorare complessivamente la qualità del servizio. Il principale aspetto che si ritiene critico nelle Regioni interessate tuttora dai Programmi Operativi di prosecuzione dei Piani di rientro, ed in particolare in quelle commissariate, è la mancanza di una adeguata *governance* regionale in grado di fornire risposte adeguate, per qualità, quantità e tempi, di definire i fabbisogni di prestazioni sanitarie necessarie a garantire obiettivi di salute, di implementare le reti di offerta programmate e i servizi in conformità ai propri fabbisogni e alle indicazioni nazionali, analizzando e promuovendo iniziative di contrasto alla mobilità sanitaria con casistica di basso peso, di indirizzare i comportamenti aziendali nell'implementazione di quanto programmato, monitorando periodicamente il raggiungimento degli obiettivi di salute nel rispetto degli equilibri economici. A motivo di ciò si rende necessario implementare la cornice regolatoria, nell'interesse del cittadino, con strumenti maggiormente efficaci rispetto alle attuali forme di commissariamento, sulle Regioni e sulle aziende che non riescono a raggiungere gli obiettivi di riqualificazione dei propri obiettivi sanitari. A tal fine, nel prevedere un coerente aggiornamento dello strumento dei Piani di rientro si introduce anche un ruolo di partnership e accompagnamento da parte delle Regioni virtuose;

- il Patto deve prevedere un quadro di risorse finanziarie certe e disponibili, non modificabili unilateralmente per il prossimo triennio/quinquennio: la certezza delle risorse sia in conto esercizio, da ripartire tra le Regioni sia in conto capitale, rappresenta un elemento indispensabile per programmare correttamente gli interventi sui territori regionali;
- il Patto deve rimettere al centro dell'azione la formazione, qualificazione e valorizzazione del *capitale umano* prevedendo: a) metodologie di definizione dei fabbisogni organizzativi e formativi coerenti agli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche avvalendosi di un sistema di formazione simulata; b) la semplificazione dell'accesso dei professionisti e degli operatori alla formazione ed al SSN, per una efficace e tempestiva copertura dei fabbisogni medesimi; c) strumenti contrattuali;

- il Patto deve affrontare il tema della *governance* del SSN, dei ruoli e dei rapporti tra gli attori istituzionali coinvolti, valutando anche i punti di forza e le criticità di esperienze regionali dove si stanno sperimentando funzioni sovra aziendali;
- è necessario definire se e quale debba essere il contributo e la partecipazione al SSN delle Regioni a Statuto Speciale, nel rispetto delle prerogative statutarie;
- è indispensabile la definizione – con immediata individuazione dei componenti – di un Comitato ristretto paritetico (3 rappresentanti del Governo e 3 rappresentanti delle Regioni) per verificare e monitorare l’attuazione del Patto.

Roma, 13 marzo 2019