



Ministero della Salute

BOZZA NUOVO PATTO PER LA SALUTE

2019-2021

Schede argomenti

In relazione a quanto convenuto nel corso della riunione del 23 settembre u.s. si fornisce un elenco sintetico di argomenti in valutazione da parte degli uffici del Ministero della Salute al momento dell'insediamento del nuovo Governo.

Scheda 1

Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali

- Si ritiene fondamentale ribadire la programmazione triennale del fondo sanitario nazionale per il triennio 2019-2021 in 114.474.000.000 euro per l'anno 2019, 116.474.000.000 euro per l'anno 2020 e in 117.974.000.000 euro per l'anno 2021, come previsto dall'articolo 1, comma 514 della legge 30 dicembre 2018, n. 145.

Scheda 2

Garanzia dei Lea e Governance del SSN

- Si ritiene che i principi ispiratori del Patto debbano muovere 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 finanziario degli anni passati e, allo stesso tempo, di guardare al futuro rafforzando uno spirito universalistico ed equitativo del Servizio Sanitario Nazionale, che indirizzi le azioni e le politiche verso il recupero delle forti differenze che ancora oggi persistono tra le Regioni. Il bilancio sui risultati ottenuti evidenzia che sono stati sostanzialmente raggiunti gli obiettivi di contenimento della spesa, e in gran parte sono stati recuperati gli ingenti disavanzi sanitari esistenti nell'anno 2007. 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.
- Si conviene pertanto che si rende necessario:
 - ✓ da un lato superare progressivamente una cornice regolatoria che monitora e regola i consumi le aree assistenziali (requisiti, remunerazione, volumi, esiti, spesa, ecc.) per silos nel presupposto che, sul lungo periodo, inevitabilmente finisca per svalorizzare le interdipendenze che inevitabilmente sussistono tra i singoli fattori produttivi livelli di assistenza oltre a limitare eccessivamente l'autonomia programmatoria regionale nell'esercizio delle sue prerogative finalizzate ad adeguare la rete dei servizi ai fabbisogni reali della popolazione. Ed in tal senso individuare ulteriori forme di flessibilità dei tetti, in particolare della spesa del personale e per l'acquisto di prestazioni da privato, sempre nel rispetto dell'equilibrio generale del singolo servizio sanitario regionale;
 - ✓ superare l'attuale normativa dei piani di rientro rafforzando gli strumenti di collaborazione tra lo Stato e le Regioni e limitando l'istituto del commissariamento del servizio sanitario regionale a situazioni di particolare gravità nella gestione economico

finanziaria e/o nell'erogazione dei lea, **definendo criteri e indicatori per l'entrata e per l'uscita;**

- ✓ **superare la normativa che prevede l'incompatibilità tra la figura del Commissario ad acta e quella del Presidente di Regione (art. 25 septies comma 3 del DL 119/2018 convertito in Legge 136/2018);**
 - ✓ **introdurre una governance fondata su interventi mirati e selettivi, nell'interesse del cittadino utente, e finalizzati a coordinare l'intervento dello Stato e delle Regioni sui singoli vulnus del Servizio Sanitario Regionale.**
- Si conviene sull'utilizzo del Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. 12 marzo 2019) quale strumento di misurazione per evidenziare situazioni di particolare squilibrio dei servizi sanitari regionali che, attraverso l'attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare analiticamente le eventuali criticità a livello di singole aree di assistenza.
 - Si conviene 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. Si conviene altresì di utilizzare le evidenze che emergeranno in sede di monitoraggio delle liste di attesa al fine di indirizzare gli interventi selettivi soprarichiamati.
 - Si conviene di utilizzare le evidenze di cui ai due punti precedenti per valutare eventuali esigenze di superamento dei tetti di spesa nella logica della flessibilità sopra richiamata.
 - Si conviene di utilizzare, in sede di aggiornamento annuale dei livelli essenziali di assistenza, metodologie di Health Technology Assessment (HTA), al fine di misurare 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. Si conviene altresì di definire in coerenza la remunerazione delle prestazioni che prevedono l'impiego di tecnologie, prodotti e processi innovativi.

Le Regioni ritengono necessario completare la scheda con una trattazione dei seguenti argomenti:

- **Flessibilità dei modelli organizzativi delle aziende pubbliche;**
- **Completamento del percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 "Nuovi LEA".**

Scheda 3

Risorse umane

Si conviene:

- valutare ulteriori flessibilità dei vincoli assunzionali rispetto al Decreto Calabria;
- il superamento per il personale del ruolo sanitario del SSN del vincolo di utilizzo delle graduatorie degli idonei (art. 1, comma 361, della legge n. 145/2018); *(è limitato al SOLO personale del Ruolo Sanitario con evidente disparità di trattamento per gli altri profili Nessuna proposta alternativa pervenuta)*

- la revisione del sistema di formazione dei medici specialisti, valorizzandone il ruolo all'interno delle strutture sanitarie regionali pubbliche facenti parte della rete formativa, con progressiva autonomia e responsabilità coerenti con il grado di conoscenze e competenze acquisito;
- l'individuazione di soluzioni condivise per l'accesso al SSN nell'ambito dei percorsi formativi di specializzazione
- la revisione dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, **valorizzando il ruolo dei MMG nell'azione di prevenzione e contrasto delle malattie croniche**, al fine di realizzare sul territorio nazionale una formazione che, pur tenendo conto delle specificità territoriali, assicuri un set minimo omogeneo di requisiti formativi qualiquantitativi, ritenuti indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza;
- la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;
- la previsione di una adeguata maggiorazione dei compensi e delle indennità previste dai contratti di lavoro per i dirigenti medici, veterinari e sanitari che effettuano attività di lavoro per guardia medica e/o in pronta disponibilità e riconoscimento ai dirigenti medici, veterinari e sanitari e agli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione del comparto che operano in zone disagiate e in servizi disagiati specifiche indennità volte a ristorare il relativo disagio.

Le Regioni ritengono necessario completare la scheda attraverso una attenta comparazione con i contenuti del documento approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del 26 settembre 2019 relativo alle proposte riguardanti la carenza dei medici specialisti e la valorizzazione delle professioni sanitarie non dirigenziali. Su quest'ultimo punto si sottolinea la necessità di una formulazione particolarmente incisiva.

Scheda 4

Mobilità e Reti Nazionali

- Si conviene di riconoscere il valore della mobilità quale elemento caratterizzante il diritto di scelta del cittadino. E' però indubbio che ancora persistono fenomeni di mobilità legati invece a carenza di offerta di servizi sui singoli territori, fenomeni che vanno affrontati con nuovi sforzi e nuove e più moderne progettualità partendo da una lettura attenta dei fabbisogni e dell'offerta. Le evidenze che emergeranno dal Nuovo Sistema di Garanzia e dai monitoraggi del Nuovo Piano di gestione delle Liste di Attesa

rappresentano altresì importanti strumenti dai quali trarre evidenze utili ad affrontare puntualmente le relative motivazioni.

- Si conviene pertanto sull'utilità di predisporre, da parte delle regioni interessate da forte mobilità, di un "Piano di ~~contrast~~ **recupero**" della mobilità passiva, potenziando la capacità di offerta nei settori rivelatisi critici. Questo anche al fine di valutare eventuali bisogni incrementali dei fattori produttivi in una logica di flessibilità dei tetti di spesa.
- Con riferimento alla mobilità afferente a patologie caratterizzate contemporaneamente da condizioni di rarità e alta complessità (intesa come complessità clinica, priorità di erogazione della prestazione e complessità organizzativa e tecnologica necessarie per garantirla) si condivide la necessità di individuare nuove e più moderne forme di organizzazione e di distribuzione dei nodi della rete nel territorio nazionale che consentano la diagnosi tempestiva, cure appropriate e un'adeguata e locale presa in carico **anche attraverso l'utilizzo del teleconsulto e della teleassistenza. Si condivide altresì la necessità di adottare misure di flessibilità nei tetti degli acquisti da privato per assicurare, quando necessario, l'accesso alle cure in mobilità extraregionale.**

Le Regioni ritengono necessario ricomprendere nella scheda 4 i contenuti della scheda 14.

Scheda 5 **Enti vigilati**

- Ferme restando le competenze proprie del Ministero della Salute e le sue funzioni di indirizzo e vigilanza, gli Enti pubblici vigilati rappresentano lo strumento indispensabile a supporto delle politiche sanitarie nazionali e al sostegno all'innovazione.
- Si conviene sulla necessità di definire una strategia di riforma degli Enti Pubblici Vigilati del Ministero della Salute, con particolare riferimento ad AIFA, ISS e Agenas, 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 ridefinirne 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.
- Rispetto al modello attuale ed al percorso previsto in ambito HTA, si ipotizza un processo di accorpamento di tutte le funzioni oggi frammentate tra più soggetti in un unico soggetto, quale ad esempio un Ufficio del Ministero della Salute o un Ente/Agenzia dipendente/indipendente dal Ministero, sul modello UK/Svezia, cui affidare la *governance* complessiva dell'intero processo di HTA in coerenza con le attività di competenza della Commissione LEA.

Scheda 6

Governance farmaceutica e dei dispositivi medici

- Si conviene di ammodernare la governance della farmaceutica e dei dispositivi medici al fine di migliorare la capacità di governare l'innovazione e migliorare l'efficienza allocativa delle risorse **anche attraverso l'adozione di una codifica unica nazionale dei dispositivi, tale codifica dovrebbe costituire la base per un inserimento dell'informazione relativa ai dispositivi impiantati nei flussi informativi correnti.**
Va valutata la suddivisione tra tetto della spesa farmaceutica ospedaliera e di quella territoriale, oggi eccessivamente rigida.
- A tal fine si conviene di sviluppare i due documenti di governance già elaborati dai gruppi di lavoro Ministero-Regioni.

Scheda 7

Investimenti

- Il Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni, ha effettuato una ricognizione sullo stato del patrimonio immobiliare e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale, 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.
- In tal senso si conviene di incrementare le risorse a disposizione dell'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge n. 67/88.

Scheda 8

Sviluppo dei servizi territoriali

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, in stretta correlazione con il Piano di governo delle liste di attesa e basati sulla medicina di iniziativa, un forte impulso dell'assistenza domiciliare, un investimento sull'assistenza semiresidenziale e residenziale per i soggetti non autosufficienti.

In questi anni, abbiamo dedicato molta attenzione al riordino dei servizi ospedalieri; parallelamente la carenza di risorse finanziarie e i vincoli dei principali fattori di spesa hanno rallentato i processi di riordino e sviluppo dei servizi territoriali.

Fra gli obiettivi principali del nuovo Patto per la salute va collocata una riflessione su tali servizi.

Nell'ambito territoriale, prendendo atto **del valore dei modelli regionali di consolidate differenze organizzative fra le varie regioni e al contempo di una forte differenziazione nei servizi resi**, l'obiettivo è quello di individuare parametri e standard di dotazione ed erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, ivi compresi i servizi domiciliari, **garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali e tutelari**.

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. A tre anni dalla sua approvazione occorre promuovere una valutazione della sua attuazione e sviluppo ed eventuali ampliamenti.

Nei processi di innovazione un ruolo importante è rappresentato dall'utilizzo delle tecnologie digitali che faciliterà il collegamento medico-paziente particolarmente utile nelle emergenze e nei processi di presa in cura.

Al fine di rafforzare il Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza è necessario completare l'adozione dei flussi per il monitoraggio delle prestazioni territoriali erogate nell'ambito delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità.

La normativa vigente attribuisce al Distretto una funzione importante nella governance del sistema sanitario e sociosanitario territoriale. E' comunque necessario che la Regione **e le sue articolazioni territoriali** garantiscano tali funzioni nei processi di presa in cura con approcci multidisciplinari, di garanzia dei servizi di prossimità, di integrazione sociosanitaria **e collegamento agli interventi di prevenzione e di promozione della salute**.

Preso atto della centralità della funzione della medicina generale e dei pediatri di libera scelta, prioritaria è la conclusione di un nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale (MMG, PLS, Specialistica Ambulatoriale) che, nell'ambito delle singole regioni garantisca la piena integrazione e realizzazione della medicina generale con l'organizzazione territoriale rendendo chiare le responsabilità e le forme di collaborazione tra professionisti del territorio e concludere un percorso di innovazione e cambiamento reale.

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, soprattutto attraverso la realizzazione di quanto previsto dalla lettera a) del comma 1, art. 2, D.Lgs. 153/2009, partecipi alla gestione di problematiche relative alla salute della persona, ai processi di presa in carico e non solo alla dispensazione del farmaco. L'impegno è quello di una valutazione della sperimentazione in corso e una coerente revisione del rapporto convenzionale per una sua applicazione nelle singole realtà regionali.

Le Regioni ritengono necessario completare la scheda con un approfondimento sul tema dell'integrazione socio-sanitaria che costituisce un ambito di assoluta criticità e di inevitabile espansione, individuando possibili approcci al critico tema della relazione con le Amministrazioni locali.

Scheda 9

Funzione complementare e riordino dei fondi sanitari integrativi

- Si conviene di istituire un gruppo di lavoro per l'ammodernamento della normativa dei fondi sanitari integrativi in chiave complementare e sistemica con il servizio sanitario nazionale.

Scheda 10

~~Modelli previsionali~~ **Supporto alla programmazione**

- Si conviene di 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.
- Considerata l'esigenza di adeguare la cornice regolatoria attuale in materia di interconnettibilità dei dati ~~per la costruzione di modelli previsionali~~, in coerenza con quanto disposto anche dal Regolamento europeo 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati ("GDPR") e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196, come novellato dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 ("Codice Privacy"), si conviene di definire una normativa che abiliti **il Ministero della salute, le Regioni, le Aziende sanitarie locali e i singoli medici** alla raccolta, interconnessione ed elaborazione dei dati, su base individuale, relativi alla salute degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale, utilizzando anche flussi informativi non sanitari gestiti da altre amministrazioni pubbliche, **per finalità previsionali, di programmazione, per la gestione condivisa dell'assistenza sanitaria all'interno di Reti di professionisti e strutture sanitarie e per lo sviluppo della medicina di iniziativa.**

Scheda 11

Ricerca

Si conviene:

- di riaffermare il principio che l'attività di ricerca costituisce parte integrante e fondamentale del Servizio Sanitario nazionale;
- la necessità di definire le priorità della Ricerca sanitaria;
- **di favorire la trasferibilità degli interventi individuati come azioni costo/efficaci, con particolare attenzione a quelli rivolti a coloro che si trovano in situazioni di vulnerabilità.**
- l'implementazione e valutazione della nuova norma sul Personale della Ricerca del SSN;
- l'attuazione del Piano Operativo Salute nell'ambito della Strategia Nazionale di specializzazione intelligente: la ricerca sanitaria come volano di sviluppo del Paese;
- la promozione di una maggiore aderenza della Direzione Strategica degli IRCCS alla mission specifica di questi Istituti;
- di assicurare una adeguata alimentazione del Fondo per la Ricerca a fronte dell'incremento del numero degli IRCCS.

Le Regioni ritengono necessario chiarire meglio che cosa si intenda con "implementazione e valutazione della nuova norma sul Personale delle ricerca".

Scheda 12

Prevenzione

- Si conferma la volontà e l'impegno del Governo e delle Regioni ad investire attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione nella promozione della salute e nella prevenzione quali elementi cruciali per lo sviluppo della società; a garantire equità, genere e contrasto alle diseguaglianze di salute, rafforzando l'attenzione ai gruppi fragili, a considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione), ad orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (approccio life course), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, intersettorialità secondo i principi della "Salute in tutte le politiche".
- Si intende contrastare il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza attraverso l'impegno di Governo e Regioni a dare piena attuazione al Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020 e a procedere al suo aggiornamento sulla base dei risultati conseguiti nel 2020, attraverso un percorso partecipato e condiviso in ogni fase.
- Si conferma l'impegno di Governo e Regioni alla realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, per il conseguimento degli obiettivi di eliminazione.
- Si intende rafforzare le attività di vigilanza sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo 81/2008 prevedendo uno standard di dotazione del personale: medici, tecnici della prevenzione, chimici, ingegneri, ecc.

- Si intende valorizzare inoltre l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale. L'approccio "One Health" considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati.
- Si conviene altresì che il Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC) (in corso di elaborazione il PCNP 2020-2024) ricomprende tutti i piani specifici di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

Le Regioni ritengono necessario rivedere l'impostazione complessiva, privilegiando un approccio integrato con tutte le politiche in ambito sanitario ed un collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030). L'approccio integrato deve partire anche da un'attenzione specifica a una unitarietà di programmazione nazionale, ad esempio Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità.

Scheda 13

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

- Si conviene 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" al fine di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.
- Si conviene inoltre sulla necessità di eliminare la 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.

Si sottolinea la necessità di considerare con attenzione e precisione le ricadute economiche delle misure eventualmente adottate sia in termini di riduzione del gettito che in termini di incremento dei volumi erogati, individuando una congrua copertura finanziaria nazionale.

Scheda 14

Sistema comune di controlli di appropriatezza degli erogatori accreditati

- Si conviene sulla necessità di assumere un impegno specifico per il miglioramento dell'efficienza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione e l'**appropriatezza** 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.

Le Regioni ritengono necessario, oltre allo spostamento della scheda al punto 4, approfondire la comprensione del sistema che viene proposto.

Scheda 15

Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari

- A fronte della necessità di incrementare la capacità di intercettare i bisogni dei cittadini, si conviene sulla necessità di **fornire indirizzi regionali** alle strutture sanitarie verso lo sviluppo di progettualità **omogenee** 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 Regioni ritengono necessario definire meglio e dare maggiore rilievo ai contenuti della scheda anche entrando nel merito di specifiche scelte.

Le Regioni a Statuto Speciale e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in analogia a quanto previsto nel precedente Patto, chiedono l'inserimento della seguente clausola di salvaguardia: "Sono fatte salve le competenze delle Regioni a Statuto Speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, che provvedono alle finalità della presente Intesa, ai sensi dei rispettivi statuti di autonomia e le relative norme di attuazione".