

# **PATTO PER LA SALUTE 2019-2021: SCHEDE ILLUSTRATIVE E COMMENTO**

“Il Patto per la Salute è un passo importante per poter ristabilire il rispetto del diritto alla salute e alle cure dei cittadini su tutto il territorio nazionale dopo anni di tagli al SSN”, ... tuttavia ha recepito solo in parte le priorità indicate dal sindacato (vedi la [nota Cgil Cisl Uil del 4.12.2019](#)).

In particolare la parte riferita al personale (scheda 3) che non recepisce le precise richieste avanzate dal sindacato confederale e di categoria, sia sulle assunzioni che sul rafforzamento delle relazioni sindacali partecipative, per evitare inaccettabili invasioni di campo sulla materia contrattuale. Aspetto che dovrà essere necessariamente recuperato prima di dare attuazione all'intesa sul territorio.

... è certamente importante il finanziamento pluriennale, inserito nella legge di Bilancio, ma il Fabbisogno Sanitario Nazionale resta sottodimensionato e deve essere assolutamente adeguato. Un segnale positivo è rappresentato, finalmente, dall'abolizione del superticket così come auspicato nella piattaforma sindacale unitaria.

... ora bisogna passare dalle parole ai fatti e aprire un '*Cantiere di attuazione del Patto*', per il quale Cgil, Cisl e Uil propongono alcuni temi da "affrontare in specifici tavoli aperti anche alla partecipazione dei sindacati, a partire dalle questioni inerenti il personale. Gli altri temi prioritari del confronto riguardano: il rispetto dei LEA; lo sviluppo delle reti socio-sanitarie integrate territoriali; la legge sulla non autosufficienza; la prevenzione e promozione della salute. Argomenti di confronto dovranno essere anche: il piano di investimenti per l'edilizia, l'ammodernamento tecnologico e l'HTA per la valutazione delle prestazioni sanitarie; la ricerca; la partecipazione dei cittadini.

Per attuare il Patto, sia a livello nazionale, sia a livello territoriale, occorre definire subito con Governo e Regioni appositi luoghi e modalità di confronto permanente e di partecipazione democratica, in cui accanto al ruolo delle Istituzioni, si possa esprimere la responsabilità dei cittadini e delle forze sociali di rappresentanza”.

*dal comunicato CGIL, CISL, UIL 17.12.2019*

## Scheda 1 - Fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e fabbisogni regionali

- Si ritiene fondamentale ribadire la programmazione triennale del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato 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.
- Ai fini di una tempestiva assegnazione delle risorse per lo svolgimento delle relative attività in corso d'anno, Governo e Regioni convengono sulle necessità di ricondurre le quote vincolate del Riparto del fabbisogno sanitario standard all'interno del riparto relativo alla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard fermi restando i criteri di assegnazione come definiti nelle ultime proposte di riparto relative alle quote oggetto di riconduzione e sulle quali sono state sancite le intese della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, operando nell'anno successivo a quello di riferimento i dovuti conguagli sulla base degli ultimi dati resi disponibili.  
 Resta ferma la facoltà del Ministero della salute, di indicare, annualmente, specifici obiettivi da raggiungere su progetti ritenuti meritevoli di distinta evidenziazione. Le Regioni forniranno apposita rendicontazione al Comitato LEA dei progetti effettuati.
- Governo e regioni si impegnano a semplificare la procedura di attribuzione degli obiettivi di piano con particolare riferimento alle modalità di rendicontazione basate su indicatori che dovranno valorizzarne i risultati; con riferimento agli aspetti finanziari si conviene di individuare soluzioni volte ad accelerare la messa a disposizione delle regioni delle risorse all'uopo destinate. Le modalità devono essere concordate e approvate con intesa Stato Regioni.
- Viene confermato il finanziamento del FSN (Fabbisogno Sanitario Nazionale) deciso con la legge di bilancio 2019.
- *È positivo per dare stabilità nella programmazione che il FSN sia triennale.*
- L'aumento medio nel triennio del nuovo Patto è superiore a quello del triennio precedente:
  - Anni 2019, 2020, 2021: aumento medio 1,47%\*
  - Anni 2016, 2017, 2018: aumento medio 1,09%

*Tuttavia il FSN è ancora insufficiente, considerando i tagli degli ultimi anni e che la spesa sanitaria italiana resta [al di sotto della media OECD](#).*
- Con i prossimi riparti tra le Regioni le quote vincolate del FSN saranno riportate all'interno della quota indistinta, cioè non avranno vincoli di destinazione. Nel [Riparto FSN 2019](#) le quote vincolate valgono circa 1,8 miliardi, cui si aggiungono circa 630 milioni di quote vincolate verso Enti. *Dovrà quindi essere chiarito quali quote sia possibile effettivamente svincolare. Si tratta di una richiesta delle Regioni per aumentare i margini di autonomia nella programmazione, che tuttavia può indebolire progetti nazionali, anche se è stata prevista la facoltà del Ministero della salute, di indicare, annualmente, specifici obiettivi da raggiungere.*
- Con Intesa Stato Regioni sarà semplificata la procedura di attribuzione e di rendicontazione sui risultati raggiunti degli obiettivi di piano sanitario nazionale (attualmente 1,5 miliardi) e per assegnare più rapidamente le risorse alle regioni.

\* compreso il finanziamento per l'abolizione del superticket (185 milioni nel 2020 e 554 milioni a decorrere dal 2021 Legge Bilancio 2020)

## Scheda 2 - Garanzia dei Lea

- Governo e Regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 “Nuovi LEA”, attraverso l’approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l’entrata in vigore dei relativi Nomenclatori sull’intero territorio nazionale.
- Governo e Regioni convengono sulla necessità di consolidare gli importanti risultati fino ad oggi ottenuti dalle politiche di risanamento economico finanziario perseguite negli anni passati considerando prioritario il rafforzamento della funzione universalistica e di garanzia dell’equità del Servizio Sanitario Nazionale, indirizzando le azioni e le politiche verso il recupero delle differenze che ancora oggi persistono tra le Regioni e all’interno delle regioni stesse. Pertanto, Governo e Regioni convengono sulla necessità di definire un sistema efficace per il superamento delle situazioni regionali e infraregionali che, con riferimento all’erogazione dei Lea, possono evidenziare specifiche carenze. A questi fini Governo e Regioni, convengono sulla necessità di valorizzare il ruolo del Comitato Lea, di definire, d’intesa con le Regioni, più efficaci e innovative modalità di affiancamento da parte dei Ministeri, di garantire la tempestività degli interventi e la semplificazione delle procedure.
- Si conviene di realizzare in collaborazione tra Ministero della salute e Regioni, nell’ambito del Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. 12 marzo 2019), un più stringente e mirato monitoraggio al fine di migliorare e/o implementare i servizi nelle aree di maggiore carenza, ferma restando la garanzia dell’equilibrio economico-finanziario.
- A tal fine si conviene di dare impulso operativo al richiamato Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), inteso quale strumento di misurazione che, attraverso l’attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare le situazioni di garanzia dei LEA così come le eventuali criticità che possono determinare carenze della Regione nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia a livello complessivo sia a livello di singole aree assistenziali, comprendendo tra le criticità la presenza di grandi variabilità infra-regionali. Si condivide che nel corso del 2020, in sede di prima applicazione, in una logica di graduale accompagnamento del sistema verso omogenei standard di assistenza, Il Comitato Lea valuterà eventuali ulteriori ambiti di miglioramento e modifica del sistema di valutazione. Resta ferma la necessità inderogabile di disporre dei dati comparativi del NSG e griglia LEA relativi al 2018 entro il 1 febbraio 2020.
- Dall’anno 2020, il Comitato Lea effettuerà annualmente la valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia, inerente la qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità eventualmente presenti con riferimento all’erogazione dei Lea. Sulla base di tale monitoraggio, da effettuarsi perentoriamente entro il 31 maggio dell’anno successivo a quello di riferimento:
  - a) anche in situazioni di sufficienza nei 3 macro-livelli, il Comitato Lea, nell’ambito del sistema adempimenti, segnala le eventuali carenze rilevanti da qualificare come impegni;
  - b) ove si rilevino gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza, il Comitato LEA invita la regione a presentare, entro un termine congruo in relazione alla criticità e comunque non superiore a trenta giorni, un piano di risoluzione delle predette criticità che riporti gli interventi

Vengono assunti alcuni impegni di Governo e Regioni per garantire i LEA:

- approvare i **Decreti per le Tariffe della specialistica ambulatoriale e per l’assistenza protesica** così da attuare finalmente il [DPCM 12.1.2017](#) sui nuovi Lea;
- **far pesare il monitoraggio sul rispetto dei Lea garantiti ai cittadini e non solo i risultati economico-finanziari** nella verifica sui comportamenti (adempimenti) delle singole regioni; valorizzando il ruolo del [Comitato Lea](#), e definendo più efficaci e innovative modalità di affiancamento da parte dei Ministeri, per superare le carenze e differenze nella attuazione dei Lea tra le regioni e al loro interno; ***intenzione positiva verso il superamento della logica recessiva dei piani di rientro, ma da seguire con uno specifico confronto anche sindacale***
- attuare, con il [Nuovo sistema di garanzia dei Lea](#), un più stringente monitoraggio dei Lea, **adottando il nuovo set di indicatori** che sostituisce la [vecchia griglia Lea](#) per attribuire i punteggi alle regioni, **già nel 2020 pur se con gradualità.**

*Nel nuovo set di indicatori restano da migliorare quelli riferiti all’assistenza territoriale ed in alcune aree in particolare (salute mentale, non autosufficienza/disabilità, dipendenze, materno-infantili). Inoltre anche per i Lea esiste una questione di genere da affrontare.*
- Dal 2020 il comitato Lea effettuerà la **valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia** riferita alla qualità, appropriatezza ed efficienza dei SSR. Sulla base del monitoraggio il Comitato LEA entro il 31 maggio di ogni anno provvede a:
  - a) segnalazioni su specifiche carenze da superare anche verso le regioni che risultano sufficienti nel punteggio (per i 3 macro-livelli di Assistenza: Prevenzione, Distrettuale, Ospedaliera);
  - b) richiesta di presentare – entro 30 giorni dalla segnalazione -

da porre in essere in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere. Il piano dovrà prevedere gli interventi di risoluzione delle criticità nell'ambito della sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale interessato. Tale piano, denominato "Intervento di potenziamento dei Lea", è valutato nei successivi trenta giorni dal Comitato Lea in ordine alla coerenza degli interventi proposti, ai modi e ai tempi previsti. In caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o di non adeguatezza dello stesso sulla base delle valutazioni del Comitato Lea, il Ministro della salute, avvalendosi degli Enti vigilati, ciascuno per l'ambito di propria competenza, previa diffida ad adempiere alla regione entro i successivi 15 giorni e ove persista l'inadempimento, provvede entro i successivi trenta giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all'approvazione del Comitato Lea. La valutazione da parte del Comitato Lea deve in ogni caso avvenire entro il termine utile a consentire la chiusura della valutazione complessiva degli adempimenti annuali entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di riferimento, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

- Fermo restando che le Regioni dispongono della facoltà di scegliere come assegnare i singoli obiettivi alle proprie aziende sanitarie e come valutare di conseguenza i direttori delle medesime, e che spetta alla Direzione sanità delle regioni l'obiettivo generale di potenziamento dei LEA, l'attuazione del piano può divenire, se la Regione lo concorda, obiettivo del Direttore regionale competente e/o dei Direttori generali delle aziende sanitarie e/o ospedaliere interessate. La Regione è tenuta alla realizzazione degli interventi nei tempi e nei modi previsti dal piano approvato dal Comitato LEA, attraverso le aziende e gli enti del SSR e con l'eventuale affiancamento e supporto tecnico-operativo messo a disposizione da Agenas.
- Gli obiettivi di miglioramento dei livelli assistenziali individuati dal piano si intendono ottenuti con il raggiungimento, alle scadenze previste, degli intervalli di garanzia previsti dal NSG negli ambiti di criticità. La valutazione è effettuata dal Comitato Lea.
- La valutazione positiva, da parte del Comitato LEA, del piano di potenziamento comporta il riconoscimento di adempimento con impegno a realizzare le attività previste dal piano. La mancata realizzazione nei tempi e nelle modalità previste delle attività del piano comporterà una valutazione di inadempienza.
- Qualora si registri nel medesimo anno una valutazione insufficiente in tutti e tre i macro-livelli la regione, valutata inadempiente, è tenuta alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 180, Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e operano tutte le norme vigenti in materia di piani di rientro.
- Governo e Regioni confermano che il Commissariamento costituisce un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali, che giustifichino l'attuazione del potere sostitutivo da parte dello Stato rispetto alle ordinarie attribuzioni degli organi di governo delle Regioni, al fine di garantire il ripristino della garanzia dei diritti fondamentali della popolazione regionale e la tutela dei conti pubblici.
- Il Governo conviene di riesaminare, entro 180 giorni, d'intesa con le Regioni interessate, la procedura di nomina dei Commissari ad acta, anche alla luce degli ultimi indirizzi della Consulta.
- Convengono altresì che si rende necessario migliorare i percorsi di cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali. A tal fine verranno elaborate apposite linee guida adottate di

un "piano di potenziamento Lea" (**novità positiva**) verso le regioni che risultano carenti in almeno due macro-livelli di Assistenza. Vengono fissati tempi e procedure in caso di mancata presentazione o di inadeguatezza del Piano della Regione: spetta al Ministro della Salute presentare il piano di potenziamento Lea.

- L'attuazione e il controllo del piano di potenziamento Lea, comunque sottoposto al comitato nazionale, per le singole Aziende sanitarie spetta alla Regione.
- La valutazione sui risultati del piano di potenziamento Lea spetta al Comitato nazionale Lea, che stabilisce se la Regione (e la struttura coinvolta) è adempiente o inadempiente.
- Qualora la valutazione sia insufficiente in tutti e tre i macro-livelli Lea la regione deve presentare un **Piano di Rientro Lea** (Programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale).
- Il commissariamento delle regioni viene considerato "un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali".
- Il Governo, tenuto conto che la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittima la norma che impediva di nominare commissari i Governatori ([vedi Consulta](#)), presenterà una nuova proposta per disciplinare i commissariamenti.

A questo scopo verranno elaborate apposite **Linee Guida sui commissariamenti**: per fornire indicazioni operative per la valutazione dei parametri che fanno cessare i poteri commissariali basati su criteri relativi: all'equilibrio di bilancio, all'adempimento del mandato commissariale e alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

**Sulle Linee Guida è necessario un confronto anche con il**

concerto dai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze da sottoporre all'intesa della Conferenza Stato-Regioni. Tali linee guida dovranno fornire indicazioni operative per la valutazione dei parametri ai fini della cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali basati su criteri relativi all'equilibrio di bilancio, l'adempimento del mandato commissariale e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza al di sopra della soglia di sufficienza. Nelle medesime linee guida, da approvarsi entro novanta giorni, andranno definiti i criteri di uscita dal piano di rientro relativi all'equilibrio economico e dei livelli essenziali di assistenza.

- In considerazione dei rilevanti compiti attribuiti al Comitato Lea, si conviene sulla necessità di aggiornare la sua composizione, le regole di funzionamento e gli strumenti a disposizione.
- Resta inteso che l'assolvimento del debito informativo nei flussi correnti NSIS, quale garanzia di copertura delle informazioni necessarie per il Nuovo Sistema di Garanzia da parte di tutte le Regioni e le Province Autonome, è condizione indispensabile per il calcolo degli indicatori del NSG. Come sviluppo futuro da attuarsi a partire dall'anno 2020, si prevede di assegnare progressivamente un valore in riduzione agli indicatori del NSG qualora i dati di riferimento della Banca Dati NSIS non raggiungano i livelli di qualità e completezza richiesti. A partire dall'anno 2020, si procederà inoltre ad effettuare approfondimenti circa le correlazioni esistenti tra gli Indicatori del NSG e gli ulteriori Adempimenti previsti dal Questionario.
- Resta fermo che l'eventuale piano di potenziamento dei Lea per le regioni già sottoposte a piano di rientro deve essere coordinato e coerente con gli obiettivi previsti nel programma operativo di prosecuzione del piano di rientro.
- Ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico finanziario, 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 sopra previsti.
- Ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, si conviene di utilizzare le evidenze di cui sopra per valutare eventuali esigenze di rimodulazione dei tetti di spesa al fine di renderli coerenti con gli adempimenti previsti dal PNGLA, con le evidenze registrate e le rinnovate modalità di erogazione dell'offerta assistenziale basate sull'evoluzione delle conoscenze scientifiche.
- 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, in relazione al miglioramento strutturale della situazione economico finanziaria del SSN, fermo restando al 5% il parametro finanziario di cui all'art. 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, di prevedere un meccanismo di allerta preventiva, che si attiva al superamento della soglia della soglia 3%. Le prescrizioni da indicare a seguito del superamento della suddetta soglia sono definite con decreto dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, di concerto con la conferenza Stato Regioni. Il precitato comma 77 dell'art. 2 della l. n. 191 del 2009 è integrato conformemente a tale previsione.

### ***sindacato confederale, in particolare sugli strumenti per organizzare i piani di convergenza delle regioni in difficoltà.***

- Il comitato Lea sarà aggiornato su: composizione, regole e strumenti.
- Il flusso dei dati [NSIS \(Nuovo Sistema Informativo Sanitario\)](#) è indispensabile al Nuovo Sistema di Garanzia (Nsg) Lea. Se i dati disponibili nel Nsis non saranno adeguati verrà abbassato il punteggio attribuito agli [indicatori Nsg](#). *C'è così il rischio di indebolire la qualità della verifica.*
- L'attuazione del nuovo [Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa PNGLA](#) 2019-2021 costituisce parte del sistema per garantire i Lea. In particolare le evidenze che emergono nel previsto monitoraggio delle Liste saranno utilizzate per aggiornare gli indicatori Lea e rimodulare gli attuali tetti di spesa per raggiungere gli obiettivi previsti dal PNGLA e dai Piano Regionali.
- L'aggiornamento annuale dei Lea (previsto dalle nuove norme) verrà effettuato utilizzando anche metodologie **Hta (Health Technology Assessment)**. Previsione ragionevole per orientare le nuove tecnologie all'appropriatezza e quindi all'accesso universale, limitando spinte consumistiche.
- Piani di rientro ([art. 2 comma 77 legge 191/2009](#)): prima di raggiungere la soglia di deficit di bilancio annuo (oggi al 5%)che obbliga al Piano di Rientro, nella regione scatti un **allerta preventiva** quando il deficit supera il 3%.

## Scheda 3 - Risorse umane

Si conviene:

- Di sostituire nel triennio 2019-2021 la percentuale di **incremento della spesa di personale** di cui al secondo periodo, del comma 1 dell'articolo 11 del D.L. 35 del 30 aprile 2019 - fissata in misura pari al 5 per cento – con il 10 per cento;
  - di valutare, per il periodo di vigenza del presente patto, la possibilità di graduale aumento, **sino al 15 per cento**, della percentuale di incremento della spesa di cui al punto precedente qualora emergano oggettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal citato articolo 11, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica adempimenti e dal Comitato LEA, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale;
  - di proporre uno schema di accordo tipo da parte del Ministero della Salute, al fine di uniformare le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria di cui all'articolo 1, comma 548-bis della legge n. 145/2018;
  - di prevedere l'ammissione anche degli specializzandi iscritti al terzo anno del corso di specializzazione di durata quadriennale e quinquennale alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario e al contempo di prorogare al 31 dicembre 2022 le disposizioni che prevedono la possibilità di assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato gli specializzandi utilmente collocati nelle graduatorie concorsuali;
  - di valorizzare il servizio maturato dagli specialisti nell'ambito della disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza per l'accesso alle procedure concorsuali in tutte le discipline corrispondenti alle specializzazioni possedute;
  - di prevedere, fino al 2022, al fine di far fronte alla carenza momentanea di medici specialisti, con particolare riferimento a talune discipline, ferma restando l'esigenza di garantire l'effettiva copertura del fabbisogno formativo definito anche con il MIUR, la possibilità di consentire ai medici specialisti, su base volontaria e per esigenze dell'azienda o dell'ente di appartenenza, di permanere in servizio anche oltre il limite di 40 anni di servizio effettivo di cui all'articolo 15 nonies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. e comunque non oltre il settantesimo anno di età. L'amministrazione può accordare la prosecuzione del rapporto laddove non sia possibile procedere tempestivamente al reclutamento di nuovi specialisti;
  - di valutare il superamento anche temporaneo dell'applicazione dell'art. 1, comma 361, della legge n. 145/2018 alle graduatorie di personale sanitario del SSN con l'obiettivo di garantire il tempestivo reclutamento del personale del SSN ed assicurare il turn over necessario per la continuità dei servizi, nonché per consentire risparmi nella spesa connessa all'organizzazione delle procedure concorsuali;
  - al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 11, comma 3, del decreto legge n. 35/2019 le regioni interessate trasmettono al Tavolo di verifica per gli adempimenti la documentazione attestante la riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati.
- L'incremento del 10% della **spesa per il personale** è stato ulteriormente innalzato dalla recente [legge di conversione del Decreto Fiscale art. 45](#),: ad una regione che abbia ulteriori fabbisogni di personale, previa valutazione del Tavolo tecnico per la verifica adempimenti e del Comitato Lea, si consente un ulteriore incremento fino al 15%.
  - Il Ministro della Salute presenterà una proposta di **Accordo per uniformare le modalità di svolgimento della formazione specialistica** a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche.
  - Gli **specializzandi** iscritti al terzo anno del corso di specializzazione di durata quadriennale e quinquennale sono **ammessi alle procedure concorsuali** per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario.
  - Prorogata al 31 dicembre 2022 la possibilità di **assumere con contratto** di lavoro subordinato a tempo determinato gli **specializzandi** utilmente collocati nelle graduatorie concorsuali;
  - valorizzare il servizio maturato dagli **specialisti** nell'ambito della disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza per accedere ai **concorsi** nelle discipline corrispondenti alle specializzazioni possedute.
  - Fino al 2022 i **medici specialisti**, su base volontaria e per esigenze dell'azienda di appartenenza, possono restare anche oltre il limite di 40 anni di servizio effettivo e comunque non oltre il settantesimo anno di età.
  - la riduzione strutturale della **spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati** va conteggiata dal tavolo di verifica adempimenti, così da aumentare i margini della spesa per assunzioni interne;

- al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 il Ministero della salute previa informativa sindacale propone la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale ospedaliero già approvata e testata con le regioni ed avvia, altresì, il processo di valutazione della metodologia del fabbisogno del personale dei servizi assistenziali territoriali.
  - la revisione, in accordo anche con il MIUR, 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;
  - la revisione dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, ribadendo 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 qualitativi, 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, nonché del servizio sociale tenendo conto dei livelli della formazione acquisita nell'ambito di quanto previsto nei CCNL di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica;
  - di prevedere, per il periodo di vigenza del presente patto, che le Regioni in equilibrio economico, che hanno garantito i livelli essenziali di assistenza e avviato, con atti di Consiglio regionale o di Giunta, il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70, in coerenza con quanto previsto al punto 6, ferma restando la soglia di spesa per il personale di cui all'articolo 11, comma 1, DL 35/2019 possano - al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario delle predette regioni nonché per valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale del comparto e degli operatori socio sanitari, anche tenendo conto delle attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, come definiti da linee di indirizzo regionali, sulla base dei dati relativi alle effettive carenze di organico registrate negli ultimi tre anni - destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, da definirsi nell'ambito del tavolo di verifica per gli adempimenti.
- il possibile incremento di spesa per il personale previsto e subordinato all'adozione di una **metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale** degli enti del Servizio sanitario nazionale, che va fatta previa informativa sindacale. *E' necessaria una metodologia per determinare il fabbisogno, ma così la norma non è accettabile: si tratta di un'incursione legislativa in campo contrattuale e, come abbiamo rivendicato in sede di confronto sul Patto per la Salute ([comunicato](#)), bisogna si svolga contrattazione sindacale non solo informazione.*
  - Prevista la revisione dei contenuti per la formazione dei **Medici di Medicina Generale** per adeguarle ai mutati scenari sanitari e sociali (invecchiamento, cronicità, ecc).
  - Prevista la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali delle **professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del servizio sociale** (*norma potenzialmente positiva ma del tutto generica: va attuata con un confronto con le OO.SS.*).
  - Le Regioni in equilibrio economico, che hanno garantito i livelli essenziali di assistenza e avviato l'attuazione del DM 70/2015 (rete ospedaliera) possono destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive. *Anche in questo caso la norma può essere utile ma la sua attuazione deve essere subordinata alla contrattazione con le OO.SS. di categoria, altrimenti si tratta di un'inaccettabile incursione legislativa nel campo contrattuale (vedi [Comunicato Cgil, Cisl, Uil](#)).*

## Scheda 4 - Mobilità sanitaria

La mobilità sanitaria costituisce esplicazione del principio di unitarietà del SSN e del diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, sia in relazione alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari, dell'appropriatezza delle cure, del diritto alla prossimità dei servizi, sia in coerenza con le funzioni che fanno capo alle Regioni e agli Enti del Servizio sanitario nell'esercizio delle loro competenze in materia di programmazione e di committenza. La lettura e l'evoluzione dei fenomeni di mobilità sanitaria, regolati nell'ambito di intese nazionali relativamente agli aspetti economico-finanziari, al valore tariffario delle prestazioni ed alla loro appropriatezza, evidenzia situazioni di criticità sia nelle aree di confine che nei flussi di mobilità interregionali, in particolare dal sud al nord del paese, anche per carenze dell'offerta complessiva di prestazioni. La mobilità dei pazienti deve essere considerata a tutti gli effetti come un tema da attribuire alle competenze di programmazione delle regioni di residenza dei pazienti e quindi strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al Nuovo sistema di garanzia (NSG) ed al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA). Di qui la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra cui:

1. elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni, Istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno sulla base dei lavori in corso presso il Ministero della salute con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già normativamente previsti, al fine di renderli attuativi. In particolare, il gruppo di lavoro dovrà individuare procedure idonee a rendere vincolanti e a garantire l'operatività dei citati accordi;
2. elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine nonché ai flussi interregionali con particolare riferimento al flusso sud/nord per migliorare e sviluppare i servizi in loco al fine di evitare problemi di accesso, rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei pazienti;
3. rendere tali piani funzionali in ragione dei processi di attuazione delle nuove procedure e degli obiettivi del piano nazionale liste attese (PNGLA);
4. valutare la definizione di specifici piani di sviluppo sulle strutture pubbliche e private accreditate al fine di potenziare i servizi in loco, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.
5. valutare altresì la compatibilità dei tetti vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.

Governo e Regioni condividono inoltre l'esigenza di avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori pubblici e privati accreditati. Si conviene pertanto di istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni con il compito di sviluppare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale tramite un set di indicatori oggettivi e misurabili, anche attraverso i dati del Sistema Tessera Sanitaria, anche al fine di superare l'elevata frammentazione che caratterizza l'attuale panorama delle diverse Regioni e Province Autonome. Si conviene altresì di applicare le medesime procedure di controllo sia per i pazienti residenti che per i pazienti non residenti.

Sono previsti interventi per regolare la **mobilità sanitaria**, che anziché essere una libera scelta del cittadino spesso è dettata da mancate risposte nel territorio di appartenenza.

Vengono dichiarati alcuni impegni di Governo e Regioni:

1. Elaborazione un **programma nazionale**, per valutare e migliorare i processi di mobilità (salvaguardando la mobilità "fisiologica") e recuperare fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni,
  2. Istituire un **gruppo di lavoro Ministeri/regioni** per una lettura del fenomeno. In particolare, il gruppo di lavoro dovrà individuare procedure idonee a rendere vincolanti e a garantire l'operatività degli Accordi regionali previsti alle norme vigenti.
  3. Elaborare e attuare **programmi regionali** rivolti alle **aree di confine nonché** ai flussi interregionali con particolare riferimento al **flusso sud/nord**, collegando tali programmi ai Piani Liste Attesa)
  4. Valutare se definire **specifici piani di sviluppo sulle strutture pubbliche e private** accreditate al fine di potenziare i servizi in loco,
  5. valutare la compatibilità dei tetti (di spesa) vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità.
- Inoltre si prevede di avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di **controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati**. A questo scopo Viene istituito un **gruppo di lavoro Ministeri/regioni** con il compito di sviluppare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale tramite un set di indicatori oggettivi e misurabili.

## Scheda 5 - Enti vigilati

- Ferme restando le competenze proprie del Ministero della salute e le sue funzioni di indirizzo e vigilanza e delle Regioni, gli Enti pubblici vigilati rappresentano lo strumento indispensabile a supporto di funzioni specifiche, delle politiche sanitarie nazionali, di monitoraggio e valutazione e a sostegno delle funzioni regionali ed al governo dell'Innovazione.
- Si conviene sulla necessità di definire una strategia di riordino degli Enti Pubblici Vigilati del Ministero della salute, con particolare riferimento ad AIFA, ISS e Agenas, al fine di superare la frammentazione operativa 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 garantirne la funzione sistemica e di supporto nell'ambito delle funzioni assegnate al Ministero della salute ed alle Regioni.
- Rispetto al modello attuale e al percorso previsto in ambito HTA, si conviene sulla necessità di valutare l'opportunità di accorpate tutte le funzioni oggi frammentate tra più soggetti in un unico soggetto che opera in rete con i centri regionali, a cui affidare la *governance* complessiva dell'intero processo di HTA in coerenza e a supporto delle attività di competenza della Commissione LEA e delle politiche di innovazione in generale. Questo a garanzia dell'autorevolezza e dell'indipendenza del processo di valutazione.

Governo e Regioni intendono definire una strategia di **riordino degli Enti Pubblici Vigilati** per superare la frammentazione operativa che si è stratificata nel corso degli anni e la potenziale duplicazione di funzioni e compiti .

In ambito Hta valutare se creare **unico soggetto** che opera in rete con i centri regionali, a cui affidare la *governance* complessiva dell'intero processo di **HTA**. Questo a garanzia dell'autorevolezza e dell'indipendenza del processo di valutazione.

*Scheda con previsioni interessanti ma per la cui attuazione, in specie per gli effetti sul personale, va svolto un adeguato confronto sindacale.*

## Scheda 6 - Governance farmaceutica e dei dispositivi medici

- La tutela della sostenibilità del SSN è responsabilità di tutti gli attori coinvolti nel sistema a vario titolo, pertanto si conviene sulla necessità di revisionare e 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.
- A tal fine si conviene di sviluppare i due documenti di governance già elaborati dai gruppi di lavoro Ministero-Regioni.
- Si conviene inoltre di adottare una codifica unica nazionale dei dispositivi medici. Tale codifica dovrà costituire la base per un inserimento dell'informazione relativa ai dispositivi impiantati nei flussi informativi correnti.

La scheda rinvia in contenuti di un'ipotesi di revisione della governance della **farmaceutica** e dei **dispositivi medici** a due documenti già già elaborati dai gruppi di lavoro Ministero-Regioni.

*Tali documenti non sono disponibili: vanno resi pubblici per consentire una valutazione compiuta.*

È prevista una nuova codifica unica nazionale dei **dispositivi medici** (attualmente diversificata: vedi [Ministero Salute](#))

## 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 progressivamente, in coerenza con le disponibilità di bilancio, le risorse a disposizione dell'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 67/88.
- Si conviene, inoltre, sulla necessità di supportare, tramite il Ministero della salute, le regioni che hanno ancora a disposizione lo spazio finanziario pregresso al fine di velocizzare l'iter di ammissione a finanziamento, in coerenza con la necessità di sviluppare un piano di sostegno allo sviluppo delle reti assistenziali anche al fine di sostenere i Piani di recupero della mobilità passiva.
- Si conviene di valutare la possibilità di velocizzare l'iter per la sottoscrizione degli accordi di programma e l'ammissione a finanziamento: in tal senso il Ministero della salute effettuerà una ricognizione straordinaria dello stato di attuazione degli interventi approvati ed all'esito, elaborerà una proposta di semplificazione dell'iter amministrativo e normativo focalizzando il ruolo del Ministero della Salute e del Nucleo di valutazione degli investimenti sugli aspetti di garanzia della conformità alle leggi ed alla organizzazione del Servizio sanitario oltreché sul monitoraggio degli interventi programmati.
- Si conviene di valutare, in relazione a particolari esigenze straordinarie e/o alla situazione di emergenza di alcune aree geografiche soggette a calamità naturali, il superamento della legislazione ordinaria, per consentire interventi urgenti di edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico.

Una recente analisi congiunta Ministero Salute/Conferenza Regioni, ha segnalato l'esigenza di avviare **interventi infrastrutturali sul patrimonio immobiliare sanitario per complessivi 32 miliardi e per altri 1,5 miliardi di ammodernamento tecnologico** delle attrezzature. Perciò Governo e Regioni convengono di incrementare progressivamente le risorse [ex art. 20 legge 67/1988](#) (ma in coerenza con le disponibilità di bilancio).

Vengono poi previsti interventi per velocizzare l'ammissione al finanziamento delle regioni, di semplificazione dell'iter amministrativo e normativo attuale.

*Si tratta di una dichiarazione importante che però va tradotta con precisi atti (legge di bilancio, ecc). L'aumento previsto dall'ultima legge di bilancio è certamente positivo ma non basta. Inoltre bisogna dedicare una sezione degli investimenti per l'innovazione tecnologica per i LEA dell'assistenza territoriale socio sanitaria, con particolare riguardo alle persone non autosufficienti (telemedicina teleassistenza, domotica, ecc) e degli investimenti in edilizia anche per i servizi territoriali/domiciliari (Case della Salute, Strutture intermedie, barriere nelle abitazioni, ecc) e per facilitare l'accesso e il rapporto tra cittadini e SSN ([E-Health](#))*

Infine sarà valutato se superare la legislazione ordinaria per consentire interventi urgenti per l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico. *Occorre valutare con cautela l'introduzione di misure di emergenza che possono eludere le norme anti corruzione.*

## Scheda 8 - Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale

• Il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti. Al fine di prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione, limitare il declino funzionale e migliorare complessivamente la qualità della vita dell'assistito occorre promuovere nell'ambito di quanto previsto dai LEA e dai percorsi di integrazione socio-sanitaria e sanitaria i trattamenti riabilitativi. Le predette attività devono essere erogate con riguardo alle diverse modalità di copertura delle spese da parte del SSN e dei Comuni.

• Nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:

- le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno;

- il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;

- specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;

• La scheda prevede alcuni impegni:

definire **linee di indirizzo** su parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, per promuovere:

• modalità e strumenti per l'effettiva **continuità assistenziale** e la **presa in carico unitaria** della persona

• il completamento del **riordino della medicina generale** e della pediatria di libera scelta per: l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;

• promozione e tutela della salute con particolare attenzione **all'infanzia e all'adolescenza**, alle persone con **disturbo mentale**, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e **non autosufficienza**;

• politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;

• valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica;

• valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico, .. nell'ambito del percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.

**Scheda di importanza prioritaria, con una premessa del tutto condivisibile, da attuarsi con un confronto sindacale sia a livello nazionale che territoriale.**

*Alcune indicazioni operative sono condivisibili, seppur ancora generiche.*

• **Innanzitutto le Linee di indirizzo devono diventare un Decreto (un'Intesa Stato Regioni) che, come il DM Salute 70/2015 per la rete ospedaliera, fissi indicatori e standard e requisiti vincolanti per la programmazione regionale.**

- la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;

- la valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti e per l'aderenza terapeutica degli stessi e non solo per la dispensazione dei medicinali, al fine di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari. Tale processo trova la prima attuazione nell'ambito del percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.

- Si conviene di accelerare i percorsi di implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema anche con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari.

*In particolare occorre definire:*

- *indicatori e standard per l'assistenza territoriale anche per completare il nuovo sistema di **monitoraggio e garanzia dei LEA**, che prevede un set consolidato per i LEA ospedaliera ma molto debole per i LEA distrettuali.*
- *come diffondere strutture territoriali pubbliche forti e visibili, come le **Case delle Salute**, dove i cittadini, oltre al medico di fiducia, devono trovare tutti i servizi di cui hanno bisogno, o esserne avviati per averne accesso. E dove collaborano tutti i professionisti della sanità e del sociale.*
- *un deciso potenziamento dei Servizi ad alta integrazione, con specifici Progetti e strumenti nazionali e regionali riferiti alla **Salute Mentale** (utili le proposte emerse dalla Conferenza nazionale Salute Mentale 2019), alle **Dipendenze**, alla **Non Autosufficienza**, ai **Consultori familiari** (vedi ad esempio le proposte della piattaforma di genere: "Tutte insieme, vogliamo tutto")*
- *Come attuare una vera **integrazione tra sanità e sociale**: ... per una risposta unitaria alla persona, superando l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria.*

*In questo ambito, uno specifico confronto va dedicato al tema della **Non Autosufficienza**, per il quale CGIL, CISL, UIL ritengono indispensabile una Legge nazionale.*

## Scheda 9 - Funzione complementare e riordino dei fondi sanitari integrativi

- Si conviene di istituire un gruppo di lavoro con una rappresentanza paritetica delle Regioni rispetto a quella dei Ministeri, che, entro sei mesi dalla sottoscrizione del patto, concluda una proposta di provvedimento volta all'ammodernamento ed alla revisione della normativa sui fondi sanitari ai sensi dell'articolo 9 del Dlgs 502/1992 e smi, e sugli altri enti e fondi aventi finalità assistenziali, al fine di tutelare l'appropriatezza dell'offerta assistenziale in coerenza con la normativa nazionale, di favorire la trasparenza del settore, di potenziare il sistema di vigilanza, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza complessiva del settore a beneficio dell'intera della popolazione e garantire un'effettiva integrazione dei fondi con il Servizio sanitario nazionale.
- Si conviene di procedere ad un'analisi degli oneri a carico della finanza pubblica.

Verrà istituito gruppo di lavoro Regioni - Ministeri, che, entro sei mesi dalla sottoscrizione del patto, concluda una proposta di provvedimento volta all'ammodernamento ed alla revisione della normativa sui fondi sanitari.

*Previsione interessante, che necessita di un confronto sindacale, la cui finalità è fare in modo che l'attuale sistema dei fondi svolga, anche a tutela dell'appropriatezza, un ruolo effettivamente integrativo e non sostitutivo del SSN.*

## Scheda 10 - Modelli previsionali a supporto della programmazione

- Si conviene che il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, in collaborazione con le regioni, realizzino strumenti informativi e modelli previsionali, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie ICT, e l'infrastruttura tecnologica di analisi dei dati del Sistema Tessera Sanitaria, nonché utilizzando anche flussi informativi non sanitari gestiti da altre amministrazioni pubbliche, che, tramite la capacità di analisi dei principali trend in atto, della evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione e delle interrelazioni esistenti tra le diverse variabili del sistema sanitario, nonché di valutazione dei relativi impatti, possano supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse, rendendole maggiormente coerenti con gli scenari evolutivi di medio-lungo periodo e tutelando la sostenibilità del sistema.
- Considerata l'esigenza di adeguare la cornice regolatoria attuale in materia di interconnettività dei dati, 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 pubbliche e gli enti del servizio sanitario nazionale alla raccolta, interconnessione ed elaborazione dei dati, su base individuale, relativi alla salute degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale, per finalità previsionali, di programmazione, per la gestione condivisa dell'assistenza sanitaria all'interno di reti di professionisti pubbliche e private accreditate e strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e per lo sviluppo da parte della PA delle attività necessarie alla medicina di iniziativa.

Per supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse si conviene di utilizzare al meglio le nuove tecnologie ICT.

È previsto che sia definita una **normativa per abilitare** il Ministero della salute, le Regioni, le Aziende Sanitarie pubbliche e gli enti del servizio sanitario nazionale **alla raccolta, interconnessione ed elaborazione dei dati**, su base individuale, **relativi alla salute degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale** (nel rispetto delle norme sulla privacy).

## Scheda 11 - Ricerca

Considerato che l'attività di ricerca costituisce parte integrante e fondamentale del Servizio Sanitario nazionale, si conviene che Governo e Regioni mettano in campo azioni concertate per il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- ✓ promuovere una *governance* condivisa della ricerca rafforzando il ruolo congiunto del coordinamento interregionale e del Ministero della salute con l'obiettivo di armonizzare le reti assistenziali e le reti scientifiche;
- ✓ definire le priorità della Ricerca sanitaria e snellire le procedure per una più rapida attribuzione delle risorse, con particolare riferimento ai fondi della ricerca finalizzata;
- ✓ 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.
- ✓ implementare e valutare congiuntamente gli effetti della nuova norma sul Personale della Ricerca del SSN;
- ✓ attuare il Piano Operativo Salute nell'ambito della Strategia Nazionale di specializzazione intelligente, anche al fine di ribadire la funzione della ricerca sanitaria come volano di sviluppo del Paese;
- ✓ promuovere una maggiore aderenza della Direzione Strategica degli IRCCS alla *mission* specifica di questi istituti.
- ✓ valutare congiuntamente la vigente normativa sugli IRCCS, al fine di delineare azioni di "manutenzione" del sistema, che tenga conto dell'evoluzione scientifica e tecnologica intervenuta nell'ultimo decennio;

Governo e Regioni intendono attuare misure concertate sui seguenti obiettivi:

- *governance* condivisa della ricerca
- definire le priorità della [Ricerca sanitaria](#)
- favorire la trasferibilità degli interventi a coloro che si trovano in situazioni di vulnerabilità
- e valutare congiuntamente gli effetti della nuova norma sul Personale della Ricerca del SSN
- attuare il Piano Operativo Salute nell'ambito della [Strategia Nazionale di specializzazione intelligente](#)
- valutare congiuntamente la vigente normativa sugli [IRCCS](#), al fine di delineare azioni di "manutenzione" del sistema

*Scheda con previsioni ambiziose, che necessita di un confronto anche con le OO.SS. (indispensabile per le previsioni che riguardano il personale)*

## Scheda 12 - Prevenzione

Governo e Regioni convengono di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società e la tutela della, favorendo l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Convengono altresì, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" e in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030), sulla necessità di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute, di rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione), di 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, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili.

E' necessario dare una risposta al forte allarme sociale ed al diffuso livello di inquinamento territoriale mediante un intervento volto a contrastare la presenza di inquinanti emergenti non normati (es. i PFAS) presenti nell'ambiente. Senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Per lo screening mammografico Governo e Regioni concordano sulla necessità di ampliare le fasce di età interessate nell'ambito delle risorse programmate per il Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare:

- ✓ 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 conviene di consolidare il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carica, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura;
- ✓ 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 eradicazione;
- ✓ si conviene di definire valori soglia per gli inquinanti non normati nell'ambiente, mediante la collaborazione fra l'Area sanitaria e quella ambientale, a tutela dei cittadini;
- ✓ si intende confermare l'importanza delle attività di vigilanza sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 81/2008 prevedendo, di concerto ed attraverso l'intesa fra la Conferenza Stato Regioni, 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

Dopo una premessa (*condivisibile*), sono indicati alcuni impegni:

- ampliare le fasce di età interessate per lo screening mammografico;
- dare attuazione al Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza;
- consolidare il contrasto alle malattie croniche;
- realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia;
- definire valori soglia per gli inquinanti non normati nell'ambiente;
- vigilanza sui luoghi di lavoro: prevedere uno standard di dotazione del personale: medici, tecnici della prevenzione, chimici, ingegneri, ecc;
- rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", (la salute degli esseri umani è legata alla salute degli animali e dell'ambiente);
- il Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC) dovrà ricomprende tutti i piani specifici di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria;

*Scheda con una premessa e alcuni impegni condivisibili, anche se alcuni del tutto generici (es. contrasto alle cronicità). In ogni caso deve essere accompagnata da una mobilitazione di tutte le risorse sociali e professionali disponibili. Per questo Cgil, Cisl, Uil hanno proposto una **Conferenza nazionale per la prevenzione e la promozione della Salute** organizzata da Regioni e dalla Rete OMS "Città Sane" dell'ANCI, con il Governo, in alleanza con forze sindacali e sociali.*

*La Conferenza va costruita con un percorso di assemblee territoriali e regionali, attento in particolare alle disuguaglianze di salute e alla sicurezza dei luoghi di lavoro; anche per poter applicare i nuovi Lea della Prevenzione e i **Piani nazionale e regionali di P.**, con sedi di confronto regionali e locali.*

## Scheda 13 – Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni

- 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 garantendo l'inclusività del servizio sanitario nazionale. Si conviene pertanto di istituire un gruppo di lavoro Ministeri/Regioni/Enti vigilati

Viene istituito un **gruppo di lavoro** Ministeri/Regioni/Enti vigilati per la revisione della **disciplina ticket** che preveda la graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del "reddito familiare equivalente".

*Il peso dei ticket è diventato insopportabile, come segnala persino la Corte dei Conti. Il loro proliferare, con differenze enormi fra regioni, anziché favorire appropriatezza, ha generato iniquità e distorsioni, spinto a consumi privati, o costretto a rinunce. Serve abolire i ticket, con una vera e propria "exit strategy" costruita con tappe gradualmente e credibili.*

*L'abolizione del superticket sulle ricette per le prestazioni specialistiche, decisa dal Governo con l'ultima legge di bilancio ([articolo 1 commi da 446 a 448 L. 160/2019](#)) è un primo passo positivo di questa exit strategy. Nel frattempo l'eventuale revisione del sistema di esenzioni sui ticket va discusso anche con il sindacato che rappresenta milioni di lavoratori e di pensionati.*

## Scheda 14 – Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari

- Governo e regioni convengono sull'importanza di utilizzare efficacemente i dati di cui dispongono i Ministeri, le regioni e le strutture sanitarie per effetto della loro attività istituzionale e di trasformarle in informazioni in grado di generare valore nell'erogazione dei servizi. Nell'ambito dei progetti abilitanti l'utilizzo dei dati emerge la necessità di dotarsi di percorsi progettuali e di strumenti operativi per mezzo dei quali gli enti del Servizio sanitario nazionale possano mettere in atto ed esercitare al meglio le leve con cui incrementare la capacità di intercettare e di rispondere più efficacemente ai bisogni dei cittadini, di valorizzarne il peculiare punto di vista e di favorirne una partecipazione di qualità nell'intero ciclo della politica sanitaria.
- In tale ottica, l'importanza di dotare regioni e strutture sanitarie di sistemi di gestione della relazione con il cittadino è ormai un dato acquisito anche in campo sanitario. La conoscenza del cittadino assistito è un aspetto cruciale per l'attuazione di efficaci prospettive di patient centric in cui la qualità dei servizi erogati e la sua percezione rappresentano l'elemento cardine che sottende un reale e duraturo rapporto di corrispondenza tra offerta e domanda. In una struttura sanitaria che intende essere più orientata al paziente, è auspicabile implementare processi di gestione della relazione con il cittadino che si sostanziano nell'insieme di informazioni e dati, procedure organizzative, modelli comportamentali, nonché strumenti e tecnologie, che sono in grado di gestire tutta la relazione con il cittadino.
- A fronte del quadro descritto al punto precedente, si conviene sulla necessità di favorire lo sviluppo di progettualità su base regionale e/o aziendale (attraverso la definizione di linee guida e nell'ambito delle risorse a legislazione vigente) che abbiano come obiettivo quello di migliorare la comunicazione e la trasparenza sull'efficienza dei percorsi clinici e amministrativi e il coinvolgimento dei cittadini mediante l'implementazione di pratiche di partecipazione inclusive, su oggetti rilevanti, orientate ai risultati sia in termini di output sia in termini di risultato, delle quali si possa rendere conto ai cittadini medesimi. Si conviene 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, coinvolgimento effettivo.
- Si conviene inoltre sulla necessità di favorire l'empowerment del cittadino verso un corretto, appropriato e responsabile utilizzo dei Servizi sanitari, anche attraverso l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Si conviene inoltre sull'importanza di promuovere e realizzare gli strumenti abilitanti che migliorano le interazioni e la user experience per l'accesso dei cittadini ai servizi erogati telematicamente dal SSN, quali in particolare l'identità digitale (superando il vigente dualismo tra SPID e CIE), la gestione delle deleghe (ivi incluso la certificazione della responsabilità genitoriale per ottenere l'abilitazione ad accedere, per conto dei propri figli minorenni, ai servizi telematici disponibili), l'adozione di regole, standard e codifiche condivise per l'interoperabilità e l'integrazione degli ecosistemi, l'istituzione dell'anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), l'eliminazione del consenso all'alimentazione del FSE per applicazione del GDPR 2016/679.

*Scheda con **previsioni (intenzioni) interessanti ma limitate**, che affronta la partecipazione principalmente sotto l'aspetto "tecnico", e non della partecipazione democratica.*

*Per rilanciare il SSN bisogna ricostruire un rapporto di fiducia con i cittadini. I quali apprezzano e difendono la sanità pubblica, come dimostrano tutti i sondaggi, nei territori dove è migliore la qualità dei servizi offerti. Ma la fiducia si ottiene anche se il SSN è accogliente: con informazioni trasparenti, procedure di accesso più semplici (possibili anche grazie alle nuove tecnologie), facilità di contattare i servizi, attenzione agli aspetti di umanizzazione. Questi aspetti non sembrano trattati in modo adeguato nella scheda, nonostante il titolo "promettente".*

*Gli stessi processi di riorganizzazione dei servizi per avere successo devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione (di categoria e sociale) e un'ampia partecipazione.*

*Bisogna individuare a livello nazionale e a livello territoriale, appositi luoghi e modalità di confronto permanente e di partecipazione democratica, in cui si possa esercitare, accanto a quella doverosa delle Istituzioni, la responsabilità dei cittadini e delle forze sociali di rappresentanza.*

## Scheda 15 – Revisione del DM 70/2015

- Come previsto dalla stessa norma, a quattro anni dalla sua adozione, si conviene sulla necessità di revisione 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 e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole.

Previsto un aggiornamento del [Decreto 70/2015](#) che regolamenta gli **standard dell'assistenza ospedaliera**, in particolare per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole.

*Previsione non commentabile perché del tutto generica.*

## Scheda 16 - Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome

- 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.



# PATTO PER LA SALUTE 2019-2021: SCHEDE ILLUSTRATIVE E COMMENTO

CGIL nazionale Area welfare - Sanità - Stefano Cecconi