

DOCUMENTO CONFERENZA delle REGIONI 13 febbraio 2019	CGIL CISL UIL Documento di Salerno Documento su legge bilancio Piattaforma #Futuroallavoro
Le Regioni, alla luce del quadro costituzionale emerso dall'esito del referendum del 4 dicembre 2016, confermano la unanime e piena volontà di consolidare la leale collaborazione tra i diversi livelli istituzionali coinvolti nella <i>governance</i> del Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo primo e irrinunciabile di fornire ai cittadini servizi sanitari efficaci, appropriati, innovativi e qualitativamente adeguati, perseguendo la sostenibilità del sistema attraverso l'efficienza dei propri processi programmatori, organizzativi e di produzione. Se è vero - come le Regioni ritengono - che il SSN, giunto al suo 40esimo anno di vita, rappresenta motivo di orgoglio e patrimonio inestimabile e irrinunciabile del Paese, del suo sviluppo e della sua coesione sociale, è necessario che la Sanità sia messa al centro delle azioni e dell'agenda del Governo e che le decisioni dello Stato, a partire dal nuovo Patto per la Salute, siano coerenti con tali principi ed affermazioni già nella prima e irrinunciabile scelta che gli compete: il livello di finanziamento del SSN in misura coerente ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che si intendono garantire alla popolazione. La Ragioneria Generale dello Stato e la Corte dei Conti certificano, nonostante la riduzione del livello di finanziamento rapportato al PIL, il sostanziale equilibrio finanziario del SSN raggiunto nel 2017 (partendo da un disavanzo di oltre 6 miliardi di euro del 2006, pari al 6,5% del finanziamento). Dati i mutamenti demografici ed epidemiologici in corso, la stessa Corte dei Conti segnala l'insostenibilità dell'attuale situazione per affrontare lo sviluppo dei servizi, la convergenza in termini di qualità dell'assistenza tra aree territoriali e l'adeguamento di strutture e tecnologie. E' il caso di ricordare che il Patto per la Salute 2014-2016 prevedeva in <i>115,440 miliardi</i> di euro il livello di finanziamento per l'anno 2016 – importo ridotto dalle successive manovre di finanza pubblica a <i>111,000 miliardi</i> di euro – e che per il 2019, con la recente legge di Bilancio, sono stati stanziati <i>114,439 miliardi</i> di euro. Le Regioni hanno fornito, negli ultimi anni, numerose prove di collaborazione istituzionale e di	UN NUOVO PATTO PER LA SALUTE E LA PARTECIPAZIONE DEMOCRATICA È tempo di un nuovo Patto per la Salute, tra Governo, Regioni, Comuni, in cui finalmente siano coinvolte le forze sociali e sindacali che rappresentano milioni di cittadini e di lavoratori e che sono decisive per l'innovazione e il cambiamento. .. che superi il tradizionale elenco delle "cose da fare" (che poi non si fanno), per diventare una <i>road map</i>: una <i>Tabella di marcia nazionale per il rilancio della sanità pubblica universale</i> – superando il <i>drammatico divario nord sud</i> - per garantire ovunque accesso a LEA di qualità e tempestivamente; e dove il gesto tecnico è sempre accompagnato da un rapporto umano di fiducia e di rispetto. La <i>tabella di marcia</i> deve essere associata a delle linee guida nazionali per interventi credibili - superando la fallimentare logica ragionieristica dei Piani di Rientro - con un crono-programma sulle strategie regionali, migliorando il sistema di monitoraggio e di intervento nazionale (Stato/Regioni) per la garanzia dei Lea, attivando una cabina di regia con la presenza delle forze sociali.

efficacia ed efficienza della propria azione di governo: il miglioramento dei livelli assistenziali certificato dalle valutazioni compiute in sede di adempimenti e Griglia LEA, il contributo alle manovre di finanza pubblica per far fronte alla crisi economica, il sostanziale equilibrio economico-finanziario raggiunto e mantenuto dal SSN negli ultimi anni, l'approvazione e prime applicazioni del DPCM dei nuovi LEA, il sostegno alle nuove politiche vaccinali. La Sanità – pur con tutti i suoi spazi di miglioramento - è il comparto del settore pubblico maggiormente sottoposto a valutazioni di efficacia, efficienza ed equità, sia a livello nazionale che internazionale, e ha dato risposte più che adeguate; a fronte di ciò, ha visto costantemente scendere il suo livello di finanziamento in proporzione al PIL, scontando anche la volontà dei vari Governi di trasferire in capo alle Regioni le difficoltà di sostenere le politiche pubbliche in periodi di crisi finanziaria. Studi internazionali segnalano, al contrario, come, in fasi critiche del ciclo economico, l'investimento nel settore salute sia stato in grado di produrre effetti a breve termine e contribuire significativamente alla ripresa economica.	
Le Regioni ritengono che la garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) sia irrinunciabile e che questo <i>trend</i> non sia più sostenibile e ponga a rischio la sopravvivenza del SSN stesso; chiedono pertanto al Governo di modificare questo approccio, sotto il profilo sostanziale e di metodo: a) per garantire il livello quali-quantitativo dei servizi previsti nei LEA, il SSN è sottofinanziato e richiede immediatamente, e senza alcuna condizione, un incremento significativo delle risorse a disposizione per il triennio 2019-2021, oltre a quanto già stanziato in legge di Bilancio; b) in un corretto ed equilibrato rapporto di collaborazione istituzionale, non si può prevedere che gli incrementi – già insufficienti – del livello di finanziamento del SSN siano accessibili alle Regioni solo a condizione di sottoscrivere il nuovo Patto.	Per CGIL CISL e UIL è prioritario rivedere il livello del FSN con un aumento progressivo e certo Aumentare, in modo progressivo ma certo, il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale come investimento per garantire i nuovi Lea ai cittadini e sostenere una diffusa buona qualità dei servizi su tutto il territorio nazionale. Bisogna invertire subito la tendenza confermata nell'ultimo DEF che prevede una drammatica riduzione del rapporto tra spesa sanitaria e PIL. Quindi riconoscere le condizioni di povertà e di disagio sociale nei Criteri di riparto del FSN stesso tra le Regioni (la cosiddetta “deprivazione socio-economica”).
Un Patto è tale se definisce obbligazioni e diritti delle Parti in un rapporto di reciprocità e di equilibrio, nel rispetto delle prerogative e dei compiti attribuiti dalla Costituzione. Le Regioni confermano la disponibilità, la necessità - in questo frangente storico che richiede importanti innovazioni per fronteggiare l'evoluzione dei bisogni da coniugare con le grandi opportunità offerte dalle nuove tecnologie (riforma delle politiche sociali e sanitarie a favore dell'unicità della persona, sanità digitale e telemedicina, medicina personalizzata,	

farmaci molecolari, dispositivi innovativi...) - di scrivere insieme al Governo nazionale un nuovo Patto per la Salute per affrontare le grandi sfide del SSN, definire gli obiettivi di salute da perseguire e le modalità attuative, con reciproci impegni e responsabilità, a partire dalle misure previste al comma 516 della legge di Bilancio 2019.	
Le Regioni chiedono in via preliminare che il Governo concordi sui seguenti punti:	
il Patto deve prevedere responsabilità, impegni e modalità attuative in condizioni di reciprocità: se una delle parti richiede variazioni degli impegni su punti essenziali del Patto (vedi livello di finanziamento e livelli di servizio), accertate le motivazioni e verificate le azioni alternative, o si modificano in accordo gli effetti del Patto stesso o il Patto decade per inattuabilità;	
- Il Patto, nella logica di valorizzare i rispettivi ruoli e responsabilità e rispettare le autonomie regionali – le richieste di autonomia differenziata di numerose Regioni rappresentano la risposta a mancate soluzioni su tematiche di grande rilievo ed urgenza per il SSN -, deve prevedere una revisione dei meccanismi di controllo analitico dei processi e dei costi di singoli fattori produttivi e il passaggio alla individuazione di pochi, sintetici e significativi, indicatori di risultato (obiettivi di salute-LEA, equilibrio economico, tempi di pagamento...) sullo stato di <i>salute</i> del singolo SSR; - il rispetto degli indicatori di risultato consente alla Regione di operare secondo le modalità programmatiche e organizzative definite a livello regionale; - il mancato rispetto degli indicatori comporta, di contro, la piena responsabilità della regione e dei suoi organi di governo; si ritiene che gli attuali strumenti e procedure dei piani di rientro (oggi programmi operativi) e dei commissariamenti – certamente utili in una determinata fase storica – vadano rivisti e sostituiti con logiche di affiancamento e supporto alle Regioni in difficoltà, allo scopo di migliorare il livello quali-quantitativo delle attività assistenziali e le capacità di governo delle organizzazioni regionali; - alla luce delle soluzioni ai punti sopra riportati, il Patto deve affrontare il tema della governance del SSN, dei ruoli e dei rapporti tra gli attori istituzionali coinvolti: il Governo centrale, le Regioni, le agenzie nazionali Aifa e Agenas, l'Istituto Superiore di Sanità; l'attualizzazione delle aziende sanitarie ex D. Lgs. 502/92 e la presenza di aziende intermedie tra la Regione e le Aziende Sanitarie per l'esercizio di funzioni sovra aziendali;	AUTONOMIA DIFFERENZIATA Una maggiore autonomia amministrativa e legislativa delle Regioni, deve necessariamente presupporre un modello di assetto istituzionale dello Stato che garantisca cooperazione e solidarietà con la partecipazione di tutte le Regioni ai meccanismi perequativi e solidaristici richiesti dalla Costituzione. - Il Governo, con il modello di autonomia che si sta delineando, rischia di disarticolare il sistema dei diritti ed alimentare nuove disuguaglianze e divari territoriali, soprattutto nel Mezzogiorno. - È necessario garantire i livelli essenziali delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali dei cittadini in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale, a partire dall'istruzione, dalla sanità e dalla sicurezza: aspetti che costituiscono la cifra identificativa della nostra Repubblica democratica Organizzare con le regioni in difficoltà percorsi di convergenza per assicurare i LEA come nelle realtà più "virtuose". Ciò significa superare la logica economicista dei piani di rientro, per fondare il risanamento economico su quello assistenziale - la valutazione su diffusione e qualità dei LEA deve pesare come quella sui bilanci - come ha dimostrato l'esperienza positiva di alcune regioni.

• sino alla definizione del nuovo Patto per la Salute, non sono modificabili gli attuali assetti istituzionali in applicazione delle nuove previsioni normative in materia di Commissariamenti <i>ad acta</i> delle Sanità regionali; in questo quadro è necessario che venga altresì revocata/sospesa l'efficacia delle delibere del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018 di nomina dei Commissarii <i>ad acta</i> delle Regioni Calabria e Molise; • il Patto deve prevedere un quadro di risorse finanziarie certe e disponibili, non modificabili unilateralmente e non condizionabili dagli andamenti finanziari complessivi, per il prossimo triennio/quinquennio: la certezza delle risorse sia in conto esercizio, da ripartire tra le Regioni senza alcun vincolo di destinazione, sia in conto capitale, rappresenta un elemento indispensabile per programmare correttamente gli interventi sui territori regionali;	
	Il superticket, nonostante le promesse della Ministra Grillo, non è stato eliminato nel 2019: per la sua abolizione si calcola che servano circa 600/800 milioni di euro che, quindi, andrebbero ad incidere sul FSN, riducendo ulteriormente l'impatto del già insufficiente aumento Eliminare i super ticket, come primo passo per una revisione del sistema di compartecipazione ingiusto e controproducente, che sta impoverendo i cittadini e spostando risorse dal SSN al privato commerciale.
	Restano al palo anche i nuovi Lea (aggiornati nel 2017) per i quali ad oggi mancano ancora gli strumenti normativi per essere realmente esigibili. In particolare, ad esempio, manca il tariffario della specialistica e diagnostica per la remunerazione delle prestazioni e i provvedimenti per i Lea ad alta integrazione socio-sanitaria, per la Non autosufficienza in primis per la quale serve una legge quadro nazionale. Così invece i nuovi Lea di fatto non sono ancora usufruibili dai cittadini.
	Restituire il diritto alle persone di ricevere le cure sanitarie nel territorio in cui vivono, pur salvaguardando il diritto di mobilità volontaria Tempi di Attesa: è uno dei principali ostacoli nell'accesso ai LEA. Occorre rivedere e aggiornare il Piano nazionale (e ove occorre quelli regionali) inserendo vincoli più stringenti a garanzia dei cittadini (anche per semplificare l'accesso) e per l'appropriatezza delle prestazioni e dei percorsi di diagnosi e cura. Non è accettabile che per aggirare le liste d'attesa si debba pagare la

prestazione privatamente, magari in libera professione e nello stesso servizio.

Le **liste di attesa**, che sono uno dei principali ostacoli nell'accesso dei Lea, come da sempre ribadito, non rappresentano solo un problema legato alle risorse, ma anche problematiche organizzative. Il nuovo PNGLA (Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa), trasmesso dal Ministero alle Regioni lo scorso 4 dicembre, per il relativo esame tecnico al fine di addivenire ad Intesa, dovrà essere letto nel combinato disposto con il nuovo Patto per la Salute. Nella legge di bilancio e nel decreto fiscale per la riduzione delle liste d'attesa vengono stanziati risorse (150 mln per il 2019 e 100 mln per il 2020 e il 2021, il decreto fiscale autorizza ulteriori 50 mln per il 2020) destinate all'adeguamento tecnologico, fattore indubbiamente importante in una società che si evolve, valido alleato per l'ottimizzazione e la riduzione dei "tempi burocratici" ma, nonostante ciò, non è questa la sola soluzione per far fronte al malfunzionamento del sistema.

Un nuovo equilibrio tra Ospedali e Servizi socio sanitari nel Territorio per affrontare la crescente domanda di cure e di assistenza verso le cronicità (Non Autosufficienza, Salute Mentale, Dipendenze, Salute Materno-infantile (consultori familiari). Bisogna assicurare la continuità assistenziale (dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici, strutture intermedie, ecc) e un'assistenza di iniziativa, seguendo le indicazioni del Piano cronicità che, per essere operativo, va finanziato e approvando una Legge sulla Non Autosufficienza. Tutto questo significa *organizzare* legami forti (e strutture intermedie) tra ospedali e servizi territoriali (creandoli ove mancano). Questo non avviene spontaneamente, perciò, come per la rete ospedaliera, vanno previsti standard e indicatori di offerta forti per quella dei servizi territoriali. Infine bisogna potenziare l'assistenza continua anche nel territorio con una maggiore integrazione tra medici convenzionati e servizi pubblici: strutture pubbliche come *le Case delle Salute* si sono dimostrate una buona soluzione, *purché* siano vere strutture: qui i cittadini, oltre al medico di fiducia, devono trovare tutti i servizi di cui hanno bisogno, o averne accesso. E qui collaborano i professionisti della sanità e del sociale.

Per una vera integrazione tra sanità e sociale, occorre definire i **Livelli Essenziali dell'assistenza Sociale (LEPS)** anche come passo indispensabile per l'attuazione dei nuovi LEA sanitari (e per un vero Accordo Stato Regioni per attuare l'art 21 del Dpcm 12.1.2017 sui nuovi LEA). Intanto, bisogna che vi sia coincidenza tra i Piani Sociali e quelli Sanitari e che il Distretto

	socio sanitario diventi il soggetto unico (riconosciuto da Asl e Comuni) dell'integrazione e della presa in carico. <u>Stabilire finanziamenti mirati (anche come start up), sia in conto capitale che di parte corrente, per:</u> avvio della Rete dei servizi territoriali (es. Case della Salute, strutture intermedie); ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e negli esiti di salute (si pensi ad esempio alla grave disomogeneità tra le regioni nella attivazione delle Reti oncologiche), riducendo la mobilità impropria dovuta alla carenza di strutture sanitarie e di prestazioni;
	Prevenzione I livelli di salute delle persone e delle comunità dipendono non solo dalla capacità dei servizi sanitari di provvedere alla cura o alla prevenzione delle malattie, ma in parte significativa dalle scelte politiche che producono benessere (Salute in tutte le politiche) e da Piani per la prevenzione incisivi e adeguatamente finanziati, anche per poter applicare i nuovi Lea della prevenzione (rispettando il vincolo di destinazione del finanziamento al 5% del FSN). Soprattutto servono sedi di confronto regionali e locali per la loro attuazione, aperte alla partecipazione delle forze sociali. Proponiamo la convocazione di una Conferenza nazionale per la prevenzione e la promozione della Salute organizzata da Governo e Regioni e dalla Rete OMS "Città Sane", in alleanza con forze sindacali e sociali, con un specifico focus per la Sicurezza nel lavoro.
il Patto deve rimettere al centro dell'azione la formazione, qualificazione e valorizzazione del capitale umano prevedendo: a) metodologie di definizione dei fabbisogni organizzativi e formativi coerenti agli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale; b) la semplificazione dell'accesso dei professionisti e degli operatori alla formazione ed al SSN, per una efficace e tempestiva copertura dei fabbisogni medesimi; c) strumenti contrattuali e convenzionali coerenti alla piena responsabilità regionale in materia di programmazione ed organizzazione dei servizi;	Oltre ad investire sul potenziamento delle infrastrutture bisogna investire sul personale. Nella manovra non sono state stanziare risorse sufficienti per rinnovare i Contratti di Lavoro, i cui costi sono interamente a carico delle Regioni, e nemmeno per sbloccare le assunzioni (salvo 10 milioni annui per borse di studio Medici di Medicina Generale, risorse che però risultano del tutto insufficienti, in quanto andranno a finanziare solo 900 nuovi contratti di fronte ad un fabbisogno molto più elevato (il triplo). Ma lo sblocco delle assunzioni in sanità diventa fondamentale, anche in vista di una possibile riduzione del personale che si potrà avere come conseguenza dell'applicazione della "quota 100", che vedrebbe in uscita circa 25.000 tra medici e dirigenti e circa 39.000 infermieri. Senza un'adeguata e graduale sostituzione tra vecchio e nuovo personale, imperniata sulla trasmissione delle competenze, si potrebbe mettere in discussione l'erogazione dei servizi sanitari. In tal senso, anche questa Manovra non ha eliminato il tetto di spesa per il personale sanitario

	(riduzione dell'1,4%, che negli anni ha contribuito ad indebolire il servizio sanitario in tutti i territori del Paese e che lo stesso Ministro ha definito un "anacronistico parametro non più tollerabile". Un vincolo che produce effetti perversi sulla spesa, costringendo ad esternalizzare i servizi e a fare ricorso a forme di somministrazione di lavoro che, a parità di prestazioni o di ore erogate, costano di più del personale dipendente. Finanziamenti mirati per: valorizzare il personale, perché la qualità del lavoro è qualità dei servizi: sbloccare le assunzioni per adeguare le dotazioni organiche e garantire i Lea (es. carenza infermieri, professioni sociali, medici di mg), superare la persistente precarietà, contrastare il dumping tra lavoratori. Rivedere i fabbisogni di formazione, riaprendo l'accesso alla formazione universitaria senza numero chiuso, assicurare a tutti la formazione continua. Organizzare la sicurezza degli operatori nello svolgimento del lavoro. La crescita delle aggressioni nei confronti degli operatori richiama non solo legittime esigenze di protezione ma anche un adeguata opera di prevenzione. Non si tratta di assecondare logiche securitarie, quanto piuttosto di facilitare le condizioni per creare contesti adeguati allo svolgimento di attività delicatissime, che riguardano le condizioni di salute e persino la sopravvivenza delle persone.
	innovazioni tecnologiche di base: in particolare l'E-Health per i servizi territoriali per rendere più semplice e rapido l'accesso ai servizi e agevolare il lavoro di tutti gli operatori;
	Completare e rendere realmente obbligatori e omogenee le regole di accreditamento delle strutture private mettendo un freno allo squilibrio verso la spesa privata che ha creato un doppio sistema.
	UN NUOVO PIANO PER GLI INVESTIMENTI Previsione che riteniamo positiva (ndr: della legge di bilancio 2019) è quella in tema di investimenti per l'edilizia sanitaria e per l'ammodernamento tecnologico (ex art. 20 l. 67/88). Il programma pluriennale di interventi in è stato rifinanziato con ulteriori 4 miliardi di euro. La scarsità degli investimenti negli anni si è tradotta, per molte strutture pubbliche, in degrado ed obsolescenza dei macchinari in dotazione, che inevitabilmente hanno inciso sull'efficienza ed efficacia dei servizi offerti, pertanto questo rifinanziamento può permettere di realizzare un processo di riqualificazione della sanità pubblica.

	un programma straordinario di investimenti per superare le condizioni di degrado in cui versano molte strutture sanitarie pubbliche , soprattutto in alcune aree del paese, e per garantire il rispetto delle norme di sicurezza (per gli operatori e per gli assistiti), comprese quelle antisismiche;
• è necessario definire se e quale debba essere il contributo e la partecipazione al SSN delle Regioni a Statuto Speciale, nel rispetto delle prerogative statutarie;	
• è indispensabile la definizione – con immediata individuazione dei componenti – di un Comitato ristretto paritetico (3 rappresentanti del Governo e 3 rappresentanti delle Regioni) per verificare e monitorare l'attuazione del Patto.	

COSA PREVEDE LA LEGGE DI BILANCIO

Legge di Bilancio 2019 articolo 1 commi 515-516 515. Per gli anni 2020 e 2021, l'accesso delle regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto al valore stabilito per l'anno 2019 e' subordinato alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di una specifica intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per il Patto per la salute 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi. 516. Le misure di cui al comma 515 devono riguardare, in particolare: a) la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure; b) il rispetto degli obblighi di programmazione a livello nazionale e regionale in coerenza con il processo di riorganizzazione delle reti strutturali dell'offerta ospedaliera e dell'assistenza territoriale, con particolare riferimento alla cronicità e alle liste d'attesa; c) la valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ivi comprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale; d) l'implementazione di infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale che consentano di tracciare il percorso seguito dal paziente attraverso le strutture sanitarie e i diversi livelli assistenziali del territorio nazionale tenendo conto delle infrastrutture già disponibili nell'ambito del Sistema tessera sanitaria e del fascicolo sanitario elettronico; e) la promozione della ricerca in ambito sanitario; f) il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori privati accreditati che siano preventivamente sottoposti a controlli di esiti e di valutazione con sistema di indicatori oggettivi e misurabili, anche aggiornando quanto previsto dall'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135; g) la valutazione del fabbisogno di interventi infrastrutturali di ammodernamento tecnologico.	
---	--