



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019-2021.

Rep. Atti n. ~~209~~/CSM 18 dicembre 2019

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 18 dicembre 2019:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prevede, al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, che la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta provvedimenti necessari ovvero che qualora i provvedimenti necessari non vengano adottati scatta la diffida del Presidente del Consiglio dei Ministri a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. Qualora anche il commissario *ad acta* non adotti le misure cui è tenuto, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive, il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso, il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo;

VISTO l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, e successive modificazioni ed integrazioni, il quale dispone che la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173;



AR  
G



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

- VISTO il Patto per la salute, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 (Rep Atti n.2548/CSR.);
- VISTO l'articolo 1, commi da 796 a 808 della legge 27 dicembre 2006, n.297 che recepisce quanto previsto dal Patto per la salute di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;
- VISTO il decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, ed in particolare l'articolo 4 in materia di commissari *ad acta* per le regioni sottoposte ai Piani di rientro che siano risultate inadempienti;
- VISTO il Patto per la salute, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (Rep Atti n.243/CSR);
- VISTO l'articolo 2, commi da 66 a 101 della legge 23 dicembre 2009, n.191 e successive modifiche e integrazioni, che recepisce quanto previsto dal Patto per la salute, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009;
- VISTO in particolare, l'articolo 2, comma 77 della richiamata legge n. 191/2009, che definisce lo standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, nel livello del 5 per cento, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5 per cento qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo;
- VISTO il Patto per la salute, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep Atti n 82/CSR.);
- VISTO l'articolo 1, comma 514 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, il quale prevede che per l'anno 2019, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è determinato in 114.439 milioni di euro. Tale livello è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021;
- VISTO l'articolo 1, comma 515 della richiamata legge n. 145/2018, che prevede che per gli anni 2020 e 2021, l'accesso delle regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto al valore stabilito per l'anno 2019 è subordinato alla stipula, entro il 31 dicembre 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;
- VISTO l'articolo 1, comma 516 della richiamata legge n. 145/2018 che prevede che le misure di cui al comma 515 devono riguardare, in particolare:
- la revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure;
  - 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;



BP  
G



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

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.

VISTO il decreto legge del 30 aprile 2019 n. 35 convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019 n. 60;

VISTA la nota del 3 dicembre 2019, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il provvedimento indicato in oggetto, diramato in pari data dall'Ufficio di Segreteria della Conferenza;

VISTA la nota del 16 dicembre 2016, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso un nuovo testo del provvedimento indicato in oggetto, partecipato in pari data;

VISTE le note del Presidente della Regione Molise e del Coordinamento salute delle Regioni del 17 dicembre 2019, diramate in pari data;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno consegnato il testo definitivo del documento recante " Patto per la salute per gli anni 2019 - 2021" condiviso con il Ministero della salute che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante( All.A);

PRESO ATTO della richiesta del Ministero dell'economia e delle finanze relativa alla scheda 17 del Patto per la salute di eliminare la frase "di cui alla nota e fino a "929/SAE", aggiungendo "e le altre poste dalle Regioni nel confronto che ha preceduto la stipula del patto" ;

CONSIDERATO che tale richiesta è stata accolta dalle Regioni, formulando altresì una raccomandazione consegnata in seduta ( All. B);

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano,



AP  
6



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul Patto per la salute 2019-2021, allegato A alla presente atto, nella versione consegnata in seduta della Conferenza Stato - Regioni del 18 dicembre 2019..

Il Segretario  
Cons. Elisa Grande

*Elisa Grande*



Il Presidente  
On. Francesco Boccia

*Francesco Boccia*

*BP*

*a*

18 Dicembre 2019



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

19/207/SR08/C7

**INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA LEGGE  
5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE  
AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO  
CONCERNENTE  
IL PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2019-2021**

*Punto 8) Conferenza Stato -Regioni*

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sul testo allegato con le modifiche evidenziate e condivise con il Ministero della Salute.

Roma, 18 dicembre 2019

# *Ministero della Salute*

## **PATTO PER LA SALUTE**

**2019-2021**

### **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.

### **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 infra-regionali 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 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 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.

### 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.
- 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 quali quantitativi, 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.



**Scheda 4**  
**Mobilità sanitaria**

- La mobilità sanitaria costituisce esplicitazione 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.

#### 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.

#### 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.



**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 oltrechè 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.

**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 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.

#### 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.



### 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 interconnettibilità 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.

### 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;

### 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

### **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.

### **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 outcome, 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 customer 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 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.

#### **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.



**Scheda 17**  
**Impegni reciproci**

- **Governo e Regioni si impegnano ad aprire un tavolo di confronto al fine di individuare ulteriori ambiti di convergenza sugli argomenti ancora aperti di cui alla nota del Coordinamento Commissione Salute del 17 dicembre 2019, prot. n. 929/SAE, tra cui la questione relativa alla individuazione di opportune forme di sostegno e di accompagnamento per i percorsi di cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali.**

18 ottobre 2019  
gll



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

18/104/SRFS/C7



Nella riunione odierna della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, il Presidente della Regione Molise, Donato Toma, ha rappresentato l'opportunità che il ruolo di Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo nel settore sanitario possa essere ricoperto dal Presidente della Regione. Peraltro la coincidenza del ruolo del Commissario ad acta con quello del Presidente di Regione, prevista dalla Legge 232/2016, garantisce continuità e forza all'azione di risanamento.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha condiviso l'esigenza rappresentata dal Presidente della Regione Molise, auspicando che su questo tema prevalga la collaborazione istituzionale e che si tenga conto della necessità di garantire il massimo raccordo possibile tra la programmazione regionale, l'azione amministrativa e la scelta del Commissario.

Roma, 8 agosto 2018