



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
09/095/CR/C7

**DOCUMENTO APPROVATO DALLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE
AUTONOME IL 23 OTTOBRE 2009 ED ALLINEATO ALL'ACCORDO SUL NUOVO PATTO
PER LA SALUTE SOTTOSCRITTO CON IL GOVERNO IL 23 OTTOBRE 2009**

(il testo dell'Accordo è riportato in grassetto sottolineato)

PREMESSA

Il sistema sanitario italiano, caratterizzato dall'unicità dell'assicuratore pubblico e dalla compresenza equilibrata seppur variabile di erogatori pubblici e privati, si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione, la qualità complessiva delle prestazioni ed il livello di spesa in rapporto al prodotto interno lordo. Le statistiche OCSE più recenti mostrano come l'Italia con la sua incidenza della spesa sanitaria pubblica e privata sul PIL (8,9%) si colloca ai livelli più bassi tra i Paesi caratterizzati da un Servizio Sanitario Nazionale, di poco superiore a Regno Unito e Spagna ma ben al di sotto di Francia, Germania e di tutti gli altri Paesi europei.

Accanto a questa valutazione favorevole, in termini di costo-benefici del servizio sanitario italiano, non si può nascondere che esso presenti seri elementi di criticità: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora insufficiente della medicina generale e al livello medio dei servizi territoriali e di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate.

Le tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria risentono di alcuni fattori di fondo che la rendono poco flessibile e sensibile alle congiunture economiche strutturali: l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche; il progresso della medicina che genera migliori cure ma anche un aumento dei costi. In questo ambito si possono riscontrare anche inefficienze e inappropriatezze che, presenti in varie forme nell'insieme del sistema sanitario, sono particolarmente

pervasivo in alcune Regioni. Anche la distribuzione dei disavanzi fra le diverse Regioni evidenzia gli ampi margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

A questo proposito la valutazione preliminarmente condivisa è che gradi sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa possono essere conseguiti con un processo che va sviluppato con il coinvolgimento dei professionisti operanti nel campo della tutela della salute.

È dunque possibile mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Anzi, proprio la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse, legata comunque alla qualità dei servizi erogati, è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico di forma essenziale di investimento nel capitale umano; ruolo ancor più essenziale in una fase di crisi finanziaria e sociale in cui tende ad aumentare la domanda di servizi e tende a ridursi la disponibilità finanziaria delle famiglie. Si tratta di un ruolo di interesse nazionale, che richiede di combinare la politica di promozione e sostegno propria del Governo con il rafforzamento dell'autonomia organizzativa e della responsabilità finanziaria delle Regioni.

Sulla base di queste premesse condivise, Governo, Regioni e PP.AA. convengono di sancire un nuovo Patto per la Salute che, in continuità con quello precedente, sia volto a sollecitare e sostenere le azioni necessarie ad elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale, a dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale su un arco pluriennale, in attesa dell'entrata in vigore del federalismo fiscale di cui alla Legge 42/2009, a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria.

Oggi si evidenzia la necessità e l'opportunità di operare una svolta che all'attenzione ai deficit ed alla modalità della loro copertura affianchi la costruzione di procedure che evitino il formarsi dei deficit medesimi, nel rispetto della piena erogazione dei LEA, con la consapevolezza condivisa tra Governo e Regioni che il vero problema da affrontare e su cui impegnarsi è il superamento dei divari qualitativi tra i servizi sanitari regionali come fonte di crisi del patto sociale tra Istituzioni e cittadini e come fonte di deficit finanziario.

Governo e Regioni ritengono necessario, con il presente patto ed in un contesto federalista che rafforza i poteri e le responsabilità delle Regioni, individuare in modo condiviso ed in attuazione dello spirito di leale collaborazione istituzionale, regole e procedure di verifica e controllo delle attività delle Regioni per garantire i LEA su tutto il territorio nazionale e modalità di finanziamento che diano certezza di risorse,

nonché sancire la necessità di istituire un'apposita sede per definire nuove regole di funzionamento del sistema che riconoscano e valorizzino, in un quadro di reciproca condivisione, la concorrenza di poteri sancita dal quadro costituzionale.

Il settore della sanità deve mantenere una dinamica di crescita compatibile con la programmazione finanziaria del Paese, ma allo stesso tempo i livelli di finanziamento devono essere parametrati alla verifica dell'effettivo costo dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

All'interno di questo quadro di compatibilità, il Nuovo Patto punta a rafforzare la capacità programmatoria e organizzativa delle Regioni e promuovere azioni incisive di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, dell'efficienza della loro erogazione, dell'equità di accesso dei cittadini, finalizzando l'utilizzo delle risorse all'accrescimento della qualità e dell'efficacia dei servizi e alla garanzia di una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale. Ad esaltare tale obiettivo il patto prevede la creazione di un meccanismo di premialità accessibile a tutte le Regioni.

Verrà rafforzato a livello di Conferenza Stato-Regioni il sistema di monitoraggio interistituzionale sulla erogazione effettiva dei LEA, con l'impegno che a fianco dei compiti di valutazione sul versante economico finanziario saranno sviluppati in maniera adeguata anche quelli sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nonché la politica dei controlli. A livello di Conferenza delle Regioni e PP.AA. verrà invece sviluppata, tramite apposito accordo interregionale, non solo una funzione di valutazione, ma, ove necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni, che dovrà vedere protagoniste, secondo un principio di solidarietà e di partenariato, le Regioni stesse.

Il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione anche normativa e il potenziamento delle cure primarie, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti; al tempo stesso appare indispensabile promuovere una maggiore appropriatezza delle prestazioni farmaceutiche con particolare riferimento a quelle ospedaliere, una efficiente gestione delle risorse umane disponibili, una qualificazione delle reti ospedaliere regionali ed un parallelo sviluppo dei servizi territoriali.

Infine, facendo leva sul Fondo nazionale per il co-finanziamento degli investimenti di cui all'art. 20 della legge 67/1988 si punterà a sostenere l'innovazione, l'innalzamento della qualità del sistema e il potenziamento del patrimonio tecnologico, elementi questi indispensabili per favorire i processi di riorganizzazione di sistemi che alcune Regioni in forte squilibrio si trovano oggi ad affrontare.

1. FABBISOGNO FINANZIARIO DEL SISTEMA E MISURE DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA E QUALIFICAZIONE DEI SERVIZI

1.1 Fabbisogno finanziario concertato

Obiettivi generali del nuovo Patto per la salute sono individuati nel raggiungimento di livelli garantiti di equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi e nel miglioramento progressivo della qualità e dell'appropriatezza dei servizi erogati, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario del sistema-salute.

Il sistema sanitario è caratterizzato da una spesa che presenta forti elementi di rigidità in quanto legata all'incremento del fabbisogno di servizi che tende a crescere in funzione dell'invecchiamento della popolazione, all'innovazione e al miglioramento della qualità dei processi di cura, alle esigenze connesse con il mantenimento di adeguati livelli strutturali e tecnologici, nonché alla complessità degli interventi di riorganizzazione e alla necessità di prevederne una graduale attuazione. Alla dinamica della spesa contribuisce altresì il mancato rifinanziamento del fondo per la non autosufficienza che compromette l'integrazione socio sanitaria e far ricadere sul settore sanitario i bisogni di una fascia crescente della popolazione anziana. Tutto ciò rende poco sostenibile ancorare il fabbisogno del servizio sanitario all'andamento del PIL.

Queste considerazioni correlate alla crescita media delle risorse registrata nel triennio di validità del vigente Patto di Salute – pari al 3,72 % - impongono una riflessione sulla determinazione del fabbisogno da condividere, anche in relazione agli incrementi demografici dello 0,6% annuo registrati in questi anni. Va al contempo ricordato che la legge 42/2009 sul federalismo fiscale prevede l'emanazione di decreti delegati attuativi che definiranno i costi ed i fabbisogni standard del sistema sanitario e si rinvia quindi a tale adempimento l'applicazione di parametri di riferimento standardizzati per la definizione del fabbisogno.

Nel contesto delineato, **lo Stato si impegna ad assicurare, in relazione al livello di finanziamento del servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato, stabilito dalla vigente legislazione, pari a 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 ed a 106.934 milioni di euro per l'anno 2011, risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni di euro per l'anno 2010 e a 1.719 milioni di euro per l'anno 2011; per l'anno 2012, lo Stato si impegna ad assicurare risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello di finanziamento rispetto all'anno 2010 del 2,8%. A tali risorse aggiuntive concorrono:**

a) **il riconoscimento con riferimento alla competenza 2010 di incrementi da rinnovo contrattuale pari a quelli derivanti dal riconoscimento della**

indennità di vacanza contrattuale con economie pari a 466 milioni di euro annui;

- b) **il finanziamento a carico del bilancio dello Stato di 584 milioni di euro per l'anno 2010 e di 419 milioni di euro per l'anno 2011;**
- c) **le ulteriori misure che lo Stato si impegna ad adottare nel corso del 2010 dirette ad assicurare l'intero importo delle predette risorse aggiuntive.**

Lo Stato si impegna inoltre ad adottare nel corso del 2010 ulteriori misure dirette a garantire un ulteriore finanziamento qualora al personale dipendente e convenzionato del SSN vengano riconosciuti con riferimento alla competenza 2010 incrementi da rinnovo contrattuale superiori a quelli derivanti dal riconoscimento della indennità di vacanza contrattuale.

A fronte dei livelli di finanziamento sopra descritti, **le Regioni si impegnano ad assicurare l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza ed appropriatezza.**

Lo Stato si impegna altresì a garantire, per l'anno 2010:

- a) **un finanziamento pari a 400 milioni di euro per il Fondo per la non autosufficienza ex art. 1, comma 1264, 1. n. 296/06;**
- b) **un incremento di 30 milioni di euro del Fondo nazionale per le politiche sociali nonché la separazione delle risorse assegnate all'Inps per la garanzia dei diritti soggettivi da quelle di competenza delle Regioni.**

In tema di finanziamento, si conviene che l'utilizzo delle risorse vincolate agli specifici obiettivi di piano sanitario, di cui all'art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, rientri a tutti gli effetti nel concetto di "fabbisogno" finanziario annuale per le Regioni, quale parte essenziale del medesimo e dette risorse non possano costituire finanziamento vincolato, né possano rappresentare per le Regioni impegno aggiuntivo rispetto ai livelli essenziali di assistenza. Tali risorse vanno correttamente intese a garanzia dell'impegno regionale al soddisfacimento di alcuni obiettivi condivisi e ritenuti prioritari a livello nazionale, ma rigorosamente già compresi nei LEA. Per le Regioni interessate ai piani di rientro gli obiettivi devono essere rimodulati in funzione del raggiungimento degli obiettivi prioritari di riqualificazione del sistema stabiliti nei piani stessi.

Stato e Regioni convengono che eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale, effettuati dalle regioni, rimangano nella disponibilità delle Regioni stesse.

1.2 Settori strategici in cui operare interventi di qualificazione ed attivare strumenti di controllo

Di seguito sono indicati gli obiettivi di riqualificazione del sistema sanitario che per le Regioni in equilibrio economico finanziario costituiscono riferimento per l'autovalutazione della qualità dei servizi. Per le Regioni in difficoltà costituiscono obiettivi specifici da assumere nei piani di rientro.

Governo e Regioni convengono che settori strategici in cui operare al fine di qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono da individuare nei seguenti:

- a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) governo del personale;
- d) potenziamento dell'assistenza specialistica;
- e) meccanismi di regolazione del mercato;
- f) accordi sulla mobilità interregionale;
- g) assistenza territoriale e post acuta.

a) Riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera

La rete ospedaliera nazionale ha registrato negli ultimi anni, una consistente riduzione di posti letto, dovuta da un lato alla riconduzione crescente di quote di prestazioni a regimi di erogazione (ambulatoriali, residenziali, domiciliari) più appropriati e dall'altra alla migliore organizzazione assistenziale e gestionale degli ospedali che ne hanno accresciuto la produttività. Tale fenomeno – che peraltro è comune a tutti i paesi sviluppati – ha consentito di raggiungere maggiori livelli di efficacia ed efficienza produttiva, ma non si è manifestato in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, facendo sì che oggi la realtà sia rappresentata da setting assistenziali differenziati e da tassi di ospedalizzazione considerevolmente diversi.

È impegno comune ricondurre a maggiore omogeneità tale situazione, anche partendo dalle esperienze delle Regioni che presentino oggi indicatori qualitativi migliori.

Al fine di promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera, con Intesa Stato-Regioni, da stipularsi, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, entro il, vengono definiti indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, finalizzati anche al recupero di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle Regioni con rilevanti difficoltà finanziarie, ad integrazione e supporto dei singoli Piani di rientro.

Le Regioni – in particolare quelle in forte difficoltà economica - saranno impegnate a razionalizzare le reti ospedaliere secondo principi di appropriatezza dell'offerta, adeguamento qualitativo della stessa, efficienza gestionale e congruità dimensionale. A questo fine diventano strategici interventi sull'appropriatezza clinica ed organizzativa dei ricoveri appartenenti ai DRG riportati nei provvedimenti normativi che disciplinano i LEA, così come assume importanza la revisione in riduzione degli standard attualmente definiti normativamente in 4,5 p.l. per mille abitanti e tasso di ospedalizzazione di 160 per mille con l'attualizzazione della popolazione .

Per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con l'intesa vengono definiti altresì indirizzi per l'applicazione di principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale e regionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento delle medesime negli obiettivi programmatici, nella partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e nel controllo della spesa.

b) Assistenza farmaceutica

Sulla base degli andamenti dei consumi della spesa farmaceutica degli ultimi anni e della efficacia dei provvedimenti normativi adottati, si ritiene di confermare l'indirizzo stabilito all'art. 5 della legge 29 novembre 2007, n. 222.

Governo e Regioni si impegnano a costituire un apposito tavolo composto da tre rappresentanti regionali, tre rappresentanti ministeriali, un rappresentante dell'AIFA ed uno dell'AGENAS che formuli una organica proposta, entro 30 giorni, sulla base dei seguenti principi:

- definire modalità e strumenti per il Governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera;
- garantire da parte dell'AIFA la messa a disposizione delle Regioni di dati analitici sui consumi farmaceutici al fine di consentire alle Regioni un reale monitoraggio della spesa.

Governo e Regioni si impegnano altresì a formulare, nell'ambito del medesimo tavolo, una proposta organica di revisione dell'attuale disciplina in materia di uso off-label dei farmaci;

c) Governo del personale

Quanto detto sull'affermarsi nelle Regioni di setting assistenziali differenziati, in relazione al maggiore o minore peso dell'assistenza in regime di ricovero ospedaliero, al grado di conversione di prestazioni ospedaliere dal regime di ricovero ordinario a quello di DH, allo sviluppo delle reti territoriali di assistenza integrata, produce di fatto una differenziazione delle politiche gestionali del personale. È evidente che tali differenze rispettano le autonomie del potere regionale in tema di organizzazione e quindi non possono che considerarsi strutturali, tanto più che esse sono influenzate in modo determinante dalla presenza di esternalizzazioni dell'attività verso strutture private accreditate; si conviene tuttavia che sia possibile individuare situazioni estreme – in termini di differenziazioni ingiustificate circa la dotazione di personale in rapporto ai posti letto pubblici gestiti e della quota accessoria del trattamento economico - che possano comportare l'adozione di apposite misure di riorganizzazione da parte delle realtà regionali, in particolare per quelle che presentano fenomeni rilevanti di squilibrio economico.

Governo e Regioni si impegnano a costituire un apposito gruppo di lavoro, con la presenza dell'AGENAS, che valuti, attraverso l'individuazione di tali situazioni estreme, la situazione attuale e proponga elementi di indirizzo utili a promuovere politiche di maggiore omogeneità ed efficienza tenendo comunque conto della rigidità delle norme giuridiche e contrattuali che regolano la materia.

d) potenziamento dell'assistenza specialistica

La realizzazione degli interventi di riordino delle reti ospedaliere di cui alla lettera a) passa necessariamente attraverso un potenziamento dei servizi offerti ai cittadini sul territorio, sia per quanto riguarda una maggiore integrazione dei medici di base in percorsi assistenziali integrati, sia per quanto riguarda la diffusione e la crescita dell'offerta specialistica e diagnostica.

Per quest'ultimo aspetto, appare essenziale procedere rapidamente all'attuazione di quanto previsto dai provvedimenti di revisione dei LEA in termini di prestazioni di ricovero potenzialmente inappropriate da convertirsi in prestazioni in DH ma soprattutto in prestazioni ambulatoriali, assicurando che il processo avvenga in modo omogeneo a livello nazionale onde evitare il presentarsi di fenomeni distorsivi della mobilità e dei livelli di remunerazione.

Per quanto riguarda le prestazioni diagnostiche, si ribadisce quanto concordato nel precedente Patto per la salute 2006-2009 in tema di revisione delle tariffe delle prestazioni di laboratorio al fine di promuovere il dimensionamento efficiente dei laboratori e la diffusione dei punti di prelievo.

e) meccanismi di regolazione del mercato: prontuari dei dispositivi medici (ruolo dell'AIFA) ed interventi di HTA definiti dalle Regioni

Nello spirito del presente patto che prevede di implementare gli strumenti di valutazione e monitoraggio nonché quelli di classificazione dei prodotti ed al fine di migliorare in efficienza e qualità l'assistenza erogata è opportuno evidenziare come la valutazione delle tecnologie e dei dispositivi è parte fondamentale della valutazione delle prestazioni erogate. Molte Regioni, infatti, hanno già adottato strumenti di controllo e monitoraggio dell'innovazione tecnologica (HTA) e meccanismi di condivisione di gestione e di controllo dei prontuari.

A tal fine è opportuno unificare le competenze attualmente attribuite a soggetti diversi valorizzando l'apporto dell'AIFA e riconducendo alla sua competenza la Commissione dei dispositivi medici (CUD).

E' altresì costituito a livello nazionale apposito tavolo di lavoro con la partecipazione delle Regioni, del Ministero della salute e delle Agenzie nazionali (AIFA e AGENAS) con il compito di:

- definire procedure di condivisione delle esperienze in atto;
- individuare i livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto almeno per i dispositivi e le tecnologie di maggior impatto;

f) accordi sulla mobilità interregionale.

Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano entro tre mesi dalla approvazione del patto adeguati strumenti di Governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza delle attività per le Regioni interessate ai piani di rientro;
- individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al Governo complessivo della domanda.

g) Assistenza territoriale e post acuta

Va definito un modello organizzativo condiviso che risponda alle necessità odierne e future dell'assistenza territoriale e post-acuta, in grado di soddisfare al meglio i bisogni delle persone, soprattutto in presenza di patologie complesse di natura oncologica o parzialmente invalidante, anche al fine di posticipare il più possibile la fase della non-autosufficienza.

2. IMPEGNI CONDIVISI

Il patto consiste nella condivisione di un sistema di regole che rispetti i ruoli e le responsabilità costituzionalmente riconosciute anche con riferimento allo scenario disegnato dalla recente legge delega 42/2009 in materia di federalismo fiscale che prevede l'istituzione della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale e della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica con compiti di definizione di obiettivi di finanza pubblica, di monitoraggio e controllo degli scostamenti da tali obiettivi e di attivazione dei necessari interventi correttivi, con particolare riferimento a quelli relativi ai patti di convergenza.

Le disposizioni in materia di adozione, valutazione ed approvazione dei piani di rientro dal disavanzo e dei piani di miglioramento dei risultati in materia di qualità ed appropriatezza dei servizi erogati, ivi comprese quelle relative alla struttura di monitoraggio e verifica in quanto rispondenti ad esigenze specifiche del settore sanitario dovranno relazionarsi con gli organismi richiamati per le attività di comune interesse, attraverso apposite disposizioni da riportare nella norma finale e transitoria del presente patto.

Alla condivisione con il Governo della responsabilità finanziaria attraverso l'individuazione di un ammontare di risorse congruo per garantire equità nell'accesso ai servizi in condizione di appropriatezza ed efficienza dovrà corrispondere da parte delle Regioni l'assunzione della piena responsabilità gestionale per consentire nel triennio l'adeguato sviluppo della qualità dei servizi erogati e proseguire nel risanamento del sistema per l'equilibrio economico-finanziario.

L'assunzione di tale impegno si realizza anche nella condivisione di un sistema di regole finalizzato al monitoraggio periodico e alla verifica della corretta erogazione dei Livelli di Assistenza nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario e alle eventuali misure correttive in caso di scostamento. Il sistema dovrà inoltre caratterizzarsi per il superamento dell'attuale approccio meramente sanzionatorio consolidando ed implementando nuovi meccanismi di premialità.

Ne deriva che eventuali superamenti dei tetti rimangono a carico del livello di Governo che li ha prodotti così come sono attribuiti alle Regioni che li hanno prodotti eventuali risparmi.

Le responsabilità atte a garantire la copertura integrale del deficit, nel periodo di validità del vigente patto della salute o per un periodo temporale ritenuto più congruo in termini di efficacia per il risanamento economico finanziario, fanno carico alle amministrazioni regionali interessate dal piano di rientro le quali per garantire la disponibilità di dati economici, gestionali e produttivi delle strutture sanitarie operanti a livello locale possono utilizzare una quota delle risorse di cui all'art. 20, comma 1, della legge 11 marzo 1988 n. 67 e successive modifiche ed integrazioni ai sensi dell'art. 79 della legge n. 133/2008.

Si ritiene inoltre necessario predisporre misure normative che consentano alle Regioni interessate ai piani di rientro la presa in carico e la copertura dei debiti riferiti agli esercizi pregressi con forme agevolate già sperimentate in questi anni.

In caso in cui gli esiti del monitoraggio operato nelle modalità di cui al punto 5 evidenzino criticità nel conseguimento degli obiettivi economico finanziari e di miglioramento della qualità e dell'appropriatezza nella erogazione dei LEA la Regione interessata è impegnata ad adottare i provvedimenti previsti all'interno di un piano di risanamento nei tempi indicati.

Il Governo si impegna a garantire nelle sedi parlamentari competenti il rispetto delle disposizioni pattizie anche nei confronti delle iniziative legislative nei settori di interesse.

3. PREMIALITA' ED INCENTIVAZIONE DEI PERCORSI VIRTUOSI

Si conferma la volontà, già espressa nel precedente patto della salute, di prevedere misure premianti per le Regioni che raggiungano gli obiettivi di miglioramento qualitativo e di equilibrio economico finanziario nonché per le Regioni interessate ai piani di rientro che raggiungano gli obiettivi ivi contenuti.

Le misure individuate si sostanziano nell'accesso privilegiato agli investimenti ex art. 20 nelle modalità specificate al successivo punto 6) e la non applicazione della trattenuta di cassa a garanzia di cui al punto 4) nonché dei vincoli normativi vigenti in materia di assunzione del personale.

4. ELIMINAZIONE E PROGRESSIVA RIDUZIONE DELLE TRATTENUTE DI CASSA A GARANZIA

Il vigente Patto di salute prevede che, a garanzia della positiva verifica degli adempimenti venga trattenuta una quota della erogazione di cassa nella misura del 3 per cento; tale trattenuta non è coerente con gli obiettivi del patto in termini di miglioramento dell'efficienza gestionale, in quanto finisce per condizionare pesantemente proprio il conseguimento dei risultati di miglioramento programmati, per i riflessi negativi sui prezzi di acquisto per i mancati pagamenti indotti dalle carenze di cassa.

Si propone pertanto che, a partire dal 2010, non si applichi tale trattenuta alle amministrazioni regionali, salvo il ripristino della medesima nell'esercizio finanziario successivo a quello di mancato superamento della verifica, nella misura dell'1 per cento.

5. MISURE DI GOVERNANCE DEL SISTEMA SANITARIO: PROCEDURE DI VALUTAZIONE E MONITORAGGIO DEGLI ADEMPIMENTI REGIONALI

Struttura tecnica di monitoraggio e verifica

In relazione alla nuova responsabilizzazione in materia di impegni per il conseguimento degli obiettivi economico finanziari e di miglioramento dei servizi, si conviene sulla necessità di **rivisitare, potenziare e semplificare il meccanismo di "commissariamento" delle Regioni in disavanzo, ferme restando le funzioni del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato per la verifica dei LEA in materia di monitoraggio trimestrali e annuali e di verifica dell'attuazione dei Piani di rientro secondo un nuovo regolamento condiviso tra Stato e regioni.**

All'esito della verifica relativa all'anno precedente, nel caso di disavanzo non coperto (in tutto o in parte), vengono confermati i vigenti automatismi (innalzamento aliquote IRPEF e IRAP), da potenziare con il blocco del turnover e il divieto di effettuazione di spese non obbligatorie. Se lo scostamento (calcolato rispetto al finanziamento ordinario integrato delle entrate proprie effettive) è superiore al 5 per cento, ovvero inferiore al 5 per cento se gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscono con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, scatta comunque l'obbligo di presentare un piano di rientro.

La Regione ha l'obbligo di presentare entro il 30 giugno il piano di rientro. Il piano, elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS, è valutato da una

Struttura tecnica di monitoraggio a composizione paritetica, presieduta da un ulteriore componente scelto di comune accordo, e dalla Conferenza Stato-regioni entro termini perentori.

La Struttura tecnica di monitoraggio ha sede presso la Conferenza Stato-Regioni; la sua attività ed il funzionamento sono disciplinati da un regolamento da approvarsi con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni. L'accordo definisce in particolare le modalità di convocazione, di svolgimento delle sedute con la relativa verbalizzazione e di comunicazione degli esiti, le misure necessarie per il superamento di eventuali dissensi sorti in sede tecnica nonché per garantire la trasparenza delle procedure istruttorie ed evitare l'insorgere di asimmetrie informative;

La Struttura tecnica di monitoraggio e verifica procede all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio, da sottoporre alla approvazione della Conferenza Stato Regioni, al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti ed individuare un apposito set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA, tenendo conto degli indicatori già resi disponibili dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle esperienze già operative in diverse realtà regionali. In relazione alla individuazione di indicatori valutativi, appare essenziale far sì che essi:

- non assumano come riferimento qualitativo una singola Regione ma la media di un gruppo di Regioni individuato come riferimento;
- non siano condizionati dai diversi modelli organizzativi dei sistemi sanitari delle Regioni (maggiore o minore autonomia dei produttori, maggiore o minore presenza di privato accreditato);
- tengano conto della complementarietà dei comparti di attività sanitaria valutandoli in forma integrata e non autonoma;

Per l'aggiornamento degli indicatori la struttura tecnica utilizza le basi - dati disponibili nell'NSIS preventivamente validati dalle Regioni secondo competenza.

Il Consiglio dei Ministri accerta (anche nell'ipotesi in cui la Conferenza e la Struttura non abbiano trasmesso le proprie valutazioni) l'adeguatezza del piano di rientro:

- in caso di riscontro positivo, approva il piano e la Regione inizia ad attuarlo;

- in caso di mancata presentazione o insufficienza del piano, la regione viene commissariata (il presidente della regione assume il ruolo di commissario *ad acta* per la redazione e per l'attuazione del piano) e scattano, oltre gli automatismi anzi detti (innalzamento aliquote IRPEF e IRAP, blocco del turn-over e divieto di effettuazione di spese non obbligatorie), ulteriori automatismi (sospensione

dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio; decadenza dei direttori generali delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere).

Nell'ipotesi di mancata attuazione del piano da parte della Regione, il Consiglio dei Ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio e la Conferenza Stato-Regioni, che esprimono il proprio parere entro il termine perentorio di 15 giorni, diffida la Regione interessata ad attuare il piano; in caso di perdurante inottemperanza, la Regione viene commissariata (il presidente della Regione assume le funzioni di commissario *ad acta*) e scattano tutti gli automatismi anzidetti.

Per i vigenti piani di rientro relativi alle Regioni già commissariate resta fermo l'assetto della gestione commissariale vigente, salva la possibilità della Regione di presentare un nuovo piano ai sensi della nuova disciplina nonché la cessazione del commissariamento a seguito dell' approvazione del nuovo piano.

Nell'ambito dei piani di rientro, le Regioni interessate da disavanzo possono utilizzare nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, d'intesa con il Governo, a copertura del debito, le risorse del FAS preordinate alla programmazione regionale o altri eventuali strumenti di ristrutturazione del debito compatibili con le esigenze di finanza pubblica. In particolare la singola Regione, d'intesa con lo Stato, può utilizzare una parte delle risorse originariamente destinate ai PAR del proprio territorio.

6. INVESTIMENTI

Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale si conviene, in analogia a quanto previsto dal precedente Patto di salute, sulla necessità di assicurare adeguate risorse per investimenti nel triennio 2010 – 2012; a tal fine **lo Stato si impegna a garantire nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria ex art. 20 l. n. 67/88, in aggiunta ai 1.174 milioni di euro relativi all'anno 2009, 4.715 milioni di euro. Sull'edilizia sanitaria Stato e Regioni convengono sulla possibilità di utilizzare anche le risorse FAS di competenza regionale.**

Le risorse così definite sono destinate alle seguenti linee prioritarie:

- obiettivi di riorganizzazione della rete ospedaliera tesi a ridurre l'ospedalizzazione e a creare strutture alternative a livello territoriale per le Regioni interessate da piani di rientro;
- innovazione tecnologica delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare;
- superamento del divario Nord-Sud;

- messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi del D.P.R. 14 gennaio 1997, compatibilmente con le risorse assegnate;
- premialità per le Regioni sulla base della tempestività (intesa anche con riferimento agli scarti temporali nel finanziamento dei piani regionali connessi all'insufficienza delle risorse statali disponibili) e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti (una quota del 10 per cento).

Lo Stato si impegna altresì ad ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti dall'art. 20 1. n. 67/88 elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi.

7. DISPOSIZIONI DA PREVEDERE NELLE NORME ATTUATIVE DEL PATTO

- le disposizioni di cui alla presente intesa sono recepite nella Legge finanziaria per il 2010;
- sono fatte salve le competenze delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano che provvedono alla finalità della presente intesa ai sensi dei rispettivi statuti speciali e delle relative norme di attuazione;
- i piani di rientro vanno adeguati alle disposizioni di cui al presente patto.

Sono da adottare per l'attuazione della presente intesa norme in materia di:

- proroga delle scadenze previste in materia di accreditamento delle strutture pubbliche e private dall'art. 1, comma 796, lett. s),t) ed u) della legge 27 dicembre 2006 n. 296, per consentire il completamento della fase di accreditamento definitivo delle medesime strutture;
- garanzia di continuità dei procedimenti di adeguamento ai requisiti strutturali di cui al DPR 14 gennaio 1997, in corso alla data di entrata in vigore nelle predette disposizioni di proroga dell'accREDITAMENTO definitivo delle medesime strutture e non ancora concluse;

Roma, 12 novembre 2009