



## **CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME**

09/069/CR/C7

### **Documento di “LINEE GUIDA delle Regioni per la definizione del nuovo Patto per la Salute 2010-2012”**

**I contenuti del presente documento vanno allineati a quelli dell’Accordo sul Nuovo Patto per la salute sottoscritto con il Governo il 23 ottobre 2009**

## **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 pervasive 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, legate 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 e 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, le regole e le 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 programmatica 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. Occorre anche valutare l'impatto della revisione straordinaria dei LEA attualmente in corso (stimato in 800 milioni di euro annui) e la gestione della pandemia influenzale A/H1N1 (500 milioni di euro quali oneri aggiuntivi al costo del vaccino a carico del Governo).

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. Rinviano a tale adempimento l'applicazione di parametri di riferimento standardizzati per la definizione del fabbisogno finanziario, si conviene che per il funzionamento ordinario del Servizio Sanitario nel triennio 2010-2012 il finanziamento del sistema è pari a..... milioni di euro per il 2010, ..... milioni di euro per il 2011 e ..... milioni di euro per il 2012.

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.

## **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:

- a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- b) assistenza farmaceutica;
- c) gestione 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 produttiva 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 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 dell'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 modo da soddisfare i bisogni delle persone affette soprattutto da patologie complesse (oncologiche, parzialmente invalidanti ecc.) anche per fare in modo di posticipare il più possibile l'entrata nella 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 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 6 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. PREMIALITÀ 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%; 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**

La nuova responsabilizzazione in materia di impegni per il conseguimento degli obiettivi economico finanziari e di miglioramento dei servizi richiede un percorso valutativo per il quale si conviene quanto segue:

- a) presso la Conferenza Stato-Regioni è istituita apposita **Struttura tecnica di monitoraggio e verifica**. La composizione della struttura è paritetica e prevede sei rappresentanti dei Ministeri – Economia, Salute ed Affari regionali – sei rappresentanti delle Regioni – tre di competenza di tipo economico e tre di competenza sanitaria - e due delle rispettive Segreterie della Conferenza delle Regioni e PPAA e della Conferenza Stato-Regioni. La Struttura si avvale per lo svolgimento delle proprie funzioni del supporto dell'AGENAS e dell'AIFA. L'attività ed il funzionamento della struttura sono disciplinati da un regolamento da approvarsi con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni. L'accordo definisce il coordinamento congiunto della struttura, 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

trasparenze delle procedure istruttorie ed evitare l'insorgere di asimmetrie informative;

b) la Struttura tecnica di monitoraggio e verifica procede:

- all'aggiornamento degli **strumenti di valutazione e monitoraggio**, approvati dalla Conferenza Stato Regioni ai sensi della successiva lettera e), 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;

c) **la Struttura tecnica di monitoraggio e verifica** propone, per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012, secondo principi di equità e trasparenza, l'individuazione, sulla base di criteri dalla stessa determinati, degli obiettivi di sistema e degli obiettivi di miglioramento sia economico finanziari che di qualità e di appropriatezza dei servizi sanitari erogati per garantire equità a livello nazionale nella attuazione dei LEA;

d) **la Struttura tecnica di monitoraggio e verifica** provvede:

- al monitoraggio trimestrale del raggiungimento da parte delle Regioni degli obiettivi economico finanziari di sistema di cui alla lettera c);
- alla valutazione semestrale per le Regioni interessate ai piani di rientro dei risultati conseguiti in coerenza con i piani stessi;
- alla valutazione annuale del raggiungimento da parte delle Regioni degli obiettivi di sistema e di miglioramento di cui alla lettera c), nonché, per le Regioni interessate ai piani di rientro degli obiettivi specifici ivi previsti;

e) **la Conferenza Stato-Regioni approva con intesa:**

- i nuovi strumenti di monitoraggio e valutazione di cui alla lettera b),
- gli obiettivi di cui alla lettera c),
- i risultati della valutazione annuale, derivanti dal monitoraggio effettuato ai sensi della lettera d), con adozione dei provvedimenti conseguenti.

A questo fine la Conferenza Stato- Regioni si riunisce almeno due volte l'anno o su richiesta delle Regioni.

Ove i risultati del monitoraggio, della valutazione e delle verifiche evidenzino l'emergere di criticità in specifiche realtà regionali, nell'ambito della Conferenza delle Regioni e PP.AA. sono attivate le procedure di accompagnamento e sostegno delle Regioni in difficoltà.

- f) Nel caso del verificarsi di forti criticità nel trend di indicatori di miglioramento e di previsione di squilibrio economico finanziario superiore al 7%, rilevati nel monitoraggio annuale nei confronti di una amministrazione regionale, la Conferenza Stato - Regioni adotta i provvedimenti di competenza nei confronti dell'amministrazione regionale interessata secondo le norme vigenti per la disciplina di diffida e commissariamento.

Con riguardo a tali provvedimenti spetta alla Conferenza Stato - Regioni la formulazione della proposta al Consiglio dei Ministri.

La figura del commissario è esclusivamente in capo al Presidente della Regione.

In caso di commissariamento vanno previste disposizioni normative concernenti la decadenza automatica dei direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere e delle competenti strutture regionali, salvo riconferma. In caso di inadempimento del Commissario e del mancato raggiungimento degli obiettivi definiti nel piano di rientro nei termini ivi indicati con le procedure sopra indicate si può procedere alla nomina di appositi Commissari ad acta sui singoli atti;

- g) **la Conferenza delle Regioni e PP.AA.** provvede alla valutazione dei piani di rientro per il risanamento economico finanziario, nonché dei piani di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni proposti dalla Regione interessata a seguito di andamento critico degli indicatori di sistema, al fine del successivo esame in sede di Conferenza Stato-Regioni.

## **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, da destinarsi prioritariamente alle Regioni interessate da piani di rientro che dimostrino il raggiungimento degli obiettivi ivi definiti, garantendo:

1. completa copertura di cassa agli stanziamenti per investimenti in edilizia sanitaria già ripartiti nel periodo di validità del precedente Patto di salute, fino

alla concorrenza dell'importo ancora da assegnare rispetto alle disponibilità per i programmi ex articolo 20 della legge n. 67/1988. Sulla suddetta disponibilità pari a 23 miliardi di euro restano ancora da coprire Accordi di programma per 6,1 miliardi di euro;

2. adeguata copertura finanziaria alle esigenze di riorganizzazione delle strutture sanitarie, prevedendo una quota aggiuntiva di almeno 4,5 miliardi di euro, determinata anche in considerazione della necessità di supportare adeguati programmi aggiuntivi di promozione della sicurezza sismica delle strutture, riservando a tale quota aggiuntiva le 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;
  - possibilità per le Regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva;
  - 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).

### ***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.

Roma, 23 ottobre 2009