



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
15/35/SR01/C7

**INTESA GOVERNO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E
DI BOLZANO CONCERNENTE**

**L'INDIVIDUAZIONE DI MISURE DI RAZIONALIZZAZIONE E DI
EFFICIENTAMENTO DELLA SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE DI CUI ALLA LETTERA E DELL'INTESA N. 37/CSR
SANCITA DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI
NELLA SEDUTA DEL 26 FEBBRAIO 2015**

Punto 1) Odg Conferenza Stato - Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta odierna esprime l'Intesa condizionata all'accoglimento dei seguenti emendamenti irrinunciabili:

PUNTO A1:

- Prevedere espressamente il Project financing in aggiunta alle forme di partnership pubblico privato;
- Alla tabella 1) di cui alla lettera A BENI E SERVIZI, eliminare le seguenti voci:
 - BA0090 B.1.A.2.2) Sangue ed emocomponenti da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche extra Regione) – Mobilità extraregionale;
 - BA0100 B.1.A.2.3) Sangue ed emocomponenti da altri soggetti;
 - BA1290 B.2.A.14.1) Contributi ad associazioni di volontariato.
- Inserire il principio in funzione del quale in caso di ampliamento di contratti stipulati da altri Enti anche di altre Regioni, non vale il vincolo del quinto d'obbligo.

PUNTO A 2:

- Introduzione anche graduale del pay back per i dispositivi medici già a decorrere dall'anno 2015;
- ELIMINARE LA TABELLA 2), rimandando ad un apposito Tavolo misto le modalità per la determinazione dei singoli tetti di spesa da individuare sulla base dell'attività.

INSERIRE PUNTO A 4): rinegoziazione di acquisti di prestazioni da privato accreditato rivedendo tetti e tariffe;

PUNTO B:

- Accorpare le lettere B1 e B2 prevedendo un unico paragrafo sull'appropriatezza prescrittiva, al fine di ridurre l'inappropriatezza di ricoveri ospedalieri, dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza extra ospedaliera, riducendo i volumi dei tetti di attività del pubblico e del privato accreditato.
- Prevedere che entrambi i decreti ministeriali siano adottati entro 30 giorni dall'entrata in vigore dell'atto normativo che attua l'Intesa.
- Prevedere misure più stringenti per porre rimedio al danno causato da prescrizioni non appropriate, stabilendo che la responsabilità del prescrittore è patrimoniale, in analogia a quanto già previsto dall'art. 1 comma 4 del DL 20 giugno 1996 n. 323, convertito in legge 8 agosto 1996 n. 425 per quanto concerne il farmaco indebitamente prescritto, non intervenendo sul trattamento economico accessorio.

PUNTO D:

- Alla lettera a) sostituire: “condividendone i principi” con “sentite”;
- Modificare il punto D.1 in quanto non si condivide la modalità con cui il Governo intende procedere alla richiesta delle Regioni e PP.AA. di rivedere il Prontuario Farmaceutico Nazionale perché quanto previsto scarica i risparmi ipotizzati sui cittadini che dovranno aggiungere di tasca propria la differenza di prezzo tra il farmaco meno costoso e il farmaco più costoso, come segue:
 - ~~d) fissare il prezzo massimo di rimborso a carico SSN in corrispondenza della confezione con il prezzo al pubblico più basso, ponendo il differenziale di prezzo superiore a quello massimo di rimborso a carico del cittadino~~

Sostituire con:

d) fissare il livello di rimborso (*cut-off*) nell'ambito di ogni raggruppamento. Il livello di rimborso a carico SSN è fissato al prezzo della specialità medicinale, la cui quota di mercato in DDD, sommata alle altre specialità di prezzo uguale o inferiore, raggiunga almeno il 60%.

Le aziende farmaceutiche che non abbassano il prezzo al livello di *cut off* individuato, vedono riclassificati i propri prodotti in fascia C.

- ~~**Eliminare il punto e)** pubblicare nel proprio sito istituzionale, dandone avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, l'elenco dei raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili e provvedere periodicamente all'aggiornamento, nonché pubblicare l'elenco dei relativi prezzi massimi di rimborso a carico del SSN. Di conseguenza, tali prezzi di rimborso saranno riportati anche nelle liste di trasparenza AIFA, composte ai sensi dell'art. 9, comma 5, del decreto legge 8 luglio 2002, n. 138, convertito, con modificazioni dalla Legge 8 agosto 2002, n. 178.~~

PUNTO D 2: sostituire la parola “potere” con “mandato”.

- **Le Regioni a statuto speciale e le Province autonome propongono di inserire la seguente lettera E) – clausola di salvaguardia:**

“Per quanto riguarda le Regioni a statuto speciale e le Province autonome è fatto salvo l’articolo 29, comma 2, dell’intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 tra il Governo e le Regioni e le Province autonome concernente il “Patto per la Salute per gli anni 2014-2016” e l’articolo 3 comma 1, dell’intesa n. 98/CSR del 5 agosto 2014 come rettificata dall’intesa n.198/CSR del 13 gennaio 2015 tra il Governo e le Regioni e le Province autonome sullo schema di decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze riguardante: “il Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” in attuazione dell’articolo 1 comma 169 della Legge 30 dicembre 2004 n. 311 e dell’articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135”.

Inoltre non si condivide la posizione del Ministero della Salute - emersa nel corso degli incontri tecnico-politici che ci sono stati nell’ultimo mese - di non inserire nel tetto della spesa farmaceutica i costi che verranno sostenuti per i farmaci innovativi che, non essendo previsto il meccanismo di pay back, sarebbero tutti a carico delle Regioni.

Infine è stata inoltre ricordata la necessità di modificare l’attuale normativa sui criteri di riparto dello sfondamento della spesa farmaceutica;

Roma, 15 aprile 2015