



## Nuovo Patto per la Salute, Cgil: un primo passo, utile ma non sufficiente

*Ora bisogna mettere in sicurezza il diritto alla Salute, colpito duramente dai ticket e dai tagli di questi anni.*

Nel 2014 il fondo sanitario stabilito dal Patto sarà di 109,9 miliardi, e perciò non vi saranno i 2 miliardi di ticket aggiuntivi: si tratta di un risultato positivo, dovuto anche alla nostra pressione. Per gli anni successivi il finanziamento finalmente cresce, ma è inferiore (-3,5 miliardi) a quello che aveva annunciato il Ministro Lorenzin, e potrà essere ridotto in caso di manovre finanziarie. Tuttavia è importante sia finita la stagione dei tagli lineari.

Gli argomenti che il Patto affronta sono ambiziosi: riordino rete ospedaliera per potenziare cure primarie e assistenza territoriale, non autosufficienza e cronicità, piani di riqualificazione al posto dei punitivi piani di rientro, revisione Ticket e nuovi Lea, i risparmi della spending review restano in sanità ...

Ma sono tutti titoli da realizzare davvero e per farlo bisogna aprire un grande "cantiere per l'innovazione", che coinvolga operatori, cittadini, associazioni sociali e sindacato. Questo non è avvenuto finora, anzi: il Patto è il frutto di un confronto tra governo e regioni, esclusivo e chiuso ad ogni dialogo. Per ristabilire in tutto il Paese il diritto universale alla tutela della salute e a cure di qualità serve ben altro, bisogna mettere in moto le migliori energie, a partire dal lavoro.

Per questo la Cgil incalzerà l'attuazione del Patto con la campagna "Salviamo la Salute", che da settembre a giugno attraverserà l'Italia con mobilitazioni e iniziative. Cinque proposte chiare per: Abolire i ticket, Lotta alla corruzione, Salute semplice e veloce, Assistenza h 24 socio sanitaria con le Case della Salute, qualità del lavoro è qualità dei servizi.

**Vera Lamonica** Segretaria CGIL nazionale

## Scheda illustrativa e *commento* sul Patto per la Salute 2014/2016

### Premessa

La premessa contiene alcune indicazioni di principio e alcuni obiettivi:

- Per attuare il Patto per la Salute serve una nuova governance (nuovi rapporti Stato Regione, e si cita la revisione del titolo V della Costituzione)
- Assicurare la sostenibilità del SSN, per garantire equità e universalità del sistema e i Lea in modo appropriato e uniforme.
- A livello regionale rivedere dimensioni aziende sanitarie, e prevedere funzioni sovraziendali per: acquisti, gestione amministrativa generale e del personale, sistemi informatici e tecnico-professionali
- Definire regole per sinergia tra Ministero Salute, Mef, Regioni
- La salute non come fonte di costo ma come investimento economico e sociale,
- Istituire una cabina di regia del Patto anche per una spending review *interna* al settore sanitario

## ARTICOLO 1 – Finanziamento SSN, Riparto e Livelli Essenziali di Assistenza LEA

### Comma 1 Finanziamento SSN

Il Finanziamento è fissato in:

- **109.928 milioni di euro nel 2014**
- **112.062 milioni di euro nel 2015 e in 115.444 milioni di euro nel 2016, salvo** eventuali manovre per esigenze di finanza pubblica o variazioni del quadro macroeconomico: cioè sono possibili tagli del finanziamento. In questo caso ci dovrà essere una nuova Intesa Stato Regioni (vedi anche articolo 30 comma 2 del Patto)

*Nel 2014 il fondo sanitario stabilito dal Patto sarà di 109,9 miliardi, e perciò non vi saranno i 2 miliardi di ticket aggiuntivi: si tratta di un risultato positivo, dovuto anche alla nostra pressione. Per gli anni successivi il finanziamento finalmente cresce, ma è inferiore (-3,5 miliardi) a quello che aveva [annunciato il Ministro Lorenzin](#), e potrà essere ridotto in caso di manovre finanziarie. Tuttavia è importante sia finita la stagione dei tagli lineari.*

### Comma 2 Riparto FSN

Per il Riparto del finanziamento alle singole regioni si confermano gli attuali criteri ([Accordo dei Presidenti 19 dicembre 2013](#)) cui saranno aggiunte “nuovi criteri e nuove pesature” , da definire **entro il 31 luglio 2014**.

*Positivo aver confermato che il riparto viene assegnato in base con gli attuali criteri e pesi (situazione demografico/epidmiologica: per gli anziani serve più assistenza); è auspicabile venga ora riconosciuta anche la cosiddetta “deprivazione” (povertà ecc). Perciò gli standard delle regioni più “virtuose” (per qualità dell’assistenza e bilanci) diventano l’obiettivo per le regioni più deboli ma non devono costituire lo standard per il finanziamento.*

### Comma 3 - Aggiornamento Lea

Con Intesa Stato Regioni e DPCM, **entro 31 dicembre 2014**, aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nei limiti del finanziamento fissato (vedi sopra comma 1).

*È auspicabile si realizzi, sia per le malattie rare e croniche che per i Lea ad alta integrazione socio sanitaria (anziani, disabilità (non autosufficienza), salute mentale, dipendenze, materno infantili) che sono indispensabili per organizzare i servizi nel territorio. Vigilare su aggiornamento Lea a “costo zero”: non deve essere compensato con taglio di altri Lea cmq necessari ma di quelli inappropriati o obsoleti.*

### Comma 4 - I Risparmi restano in sanità

I Risparmi della “spending review” restano nelle disponibilità delle singole regioni per finalità sanitaria. Anche in quelle con Piano di Rientro.

*Lo abbiamo rivendicato con forza: è un risultato positivo, anche se bisognerà verificare se le prossime manovre finanziarie rispetteranno questo principio.*

### Comma 5 - Sblocco utilizzo risorse vincolate PSN

Le risorse vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale possono essere utilizzate dalle Regioni anche per altre finalità, purché sanitarie per migliorare l’erogazione dei Lea e attuare, ad esempio, gli obiettivi del Patto Salute.

*Possibile opzione necessaria dovuta alla scarsità di risorse, purché siano utilizzate per priorità: prevenzione, non autosufficienza, assistenza nel territorio, ecc*

### **Comma 6 – Riparto quote vincolate**

A **decorrere dal 2014**, per le quote vincolate (hanseniani, Aids, fibrosi cistica, emersione lavoro stranieri) valgono i criteri di riparto della quota indistinta del FSN (vedi comma 2).

Per rendere più veloce il riparto di altre quote vincolate (borse studio MMG, extracomunitari irregolari, fondo esclusività rapporto lavoro) lo si attua in concomitanza con il riparto del FSN indistinto (vedi comma 2). Si usano gli specifici criteri fissati con l'ultima Intesa Stato Regioni disponibile (salvo aggiornamenti).

Idem nel **2014** per i criteri di Riparto del finanziamento per sanità penitenziaria e Opg. Nel **2015** invece possibili modifiche con Intesa in sede di Tavolo per sanità penitenziaria

Restano vincolate le quote per CRI, Cassa depositi e prestiti, Ist Zooprofilattici, medici specializzandi, Centro Trapianti).

Impegno del governo a mantenere entità finanziamenti anche in caso di modifiche normative

### **Comma 7 – Piani di impiego risorse vincolate**

Regioni devono presentare piani annuali di investimento delle risorse vincolate, nel rispetto delle norme sulla predisposizione dei bilanci.

### **Comma 8 – Valutazione qualità delle cure e dell'uniformità LEA**

**Entro 31 dicembre 2014** il Ministro della Salute presenta un documento per l'Intesa con Regioni

### **Comma 9 – Quote premiali FSN per LEA**

**Entro 31 ottobre 2014**, con DM previa Intesa Stato Regioni, modifica delle quote premiali alle regioni (0,25% Fondo Sanitario Nazionale) per rispetto adempimenti soprattutto relativi ai LEA.

*Norma importante se aiuta a rivedere il sistema premiale e sanzionatorio: serve ad esempio sbloccare il congelamento della quota di riparto, vincolandola per permettere le riorganizzazioni altrimenti impossibili (es. start up per riconvertire piccoli ospedali in Case della Salute).*

### **Articolo 2 – Mobilità Transfrontaliera (assistenza italiani all'estero e stranieri in Italia)**

**Entro 31 ottobre 2014** Linee Guida per attuare le norme sulla mobilità transfrontaliera

**Entro 31 dicembre 2014** eventuali modifiche normative per assicurare diritto assistenza transfrontaliera

Punti di Contatto Regionali collegati con Punto di Contatto Nazionale

### **Articolo 3 – Assistenza Ospedaliera**

Intesa Stato Regioni per Regolamento per Standard Ospedalieri (non c'è data)

**Entro 31 ottobre 2014** Intesa Stato Regioni per Indirizzi continuità assistenziale Ospedale/Domicilio

**Entro sei mesi** Documento indirizzi per l'appropriatezza nei percorsi integrati di Riabilitazione

### **Articolo 4 – Umanizzazione delle Cure**

Documento di proposte del Ministero Salute per progetti 2014/2016 finanziati da quote vincolate del PSN per l'umanizzazione delle cure

Programma annuale per l'umanizzazione delle cure, con formazione del personale e cambiamenti organizzativi (priorità: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Ass. Domiciliare).

Previsti strumenti condivisi Stato Regioni di monitoraggio della qualità percepita dai cittadini.

## Articolo 5 – Assistenza Territoriale

### Commi da 1 a 16 Cure Primarie e Assistenza Distrettuale

1. Le Regioni istituiscono le UCCP e le AFT, per assicurare le cure primarie con obiettivi e attività fissati dal Distretto e dalla ASL, con un modello-tipo coerente con le Convenzioni di MG ma definito dalla Regione per garantire uniformità assistenziale.

2. UCCP hanno una sede individuata dalla Regione (es. ndr: Casa della Salute), sono multi professionali.

3. L'AFT (è l'Aggregazione dei medici di medicina generale e dei Pediatri di LS, ogni 30mila abitanti) è funzionalmente collegata all'UCCP **Entro sei mesi dalla firma della nuove Convenzioni (ACN) e cmq entro la vigenza del Patto (2016)** UCCP e AFT sostituiscono tutte le altre forme di aggregazione di MG e sono obbligatorie.

*NDR: Restano gli studi medici individuali (perché sono diffusi nel territorio) ma devono aggregarsi nell'AFT o nell'UCCP. Importante che l'AFT sia comunque collegata all'UCCP, che diventa la struttura di riferimento (per noi meglio se collocata nella Casa della Salute)*

5. UCCP di norma ha una sede unica con eventuali sedi accessorie collegate telematicamente. Fissati con chiarezza i compiti di UCCP e AFT

6. L'UCCP è parte fondamentale del Distretto, assetto organizzativo definito da norme nazionali e regionali

7. Regioni promuovono medicina d'iniziativa e farmacia dei servizi.

8. Saranno definiti standard organizzativi del Distretto

9. In ogni Distretto un Medico per terapia del dolore

10. Regioni assicurano ADI per persone in Stato Vegetativo e di Minima Coscienza.

11. Aggiornamento specifico del Nuovo Sistema Informativo Sanitario NSIS per monitorare e valutare riorganizzazione cure primarie

12. Accordo Stato Regioni (non c'è data) per attivazione "numero telefonico unico europeo 116.117" per la Guardia Medica non urgente (data non prevista).

13. Regioni organizzano percorsi differenziati per emergenza e per codici di minore gravità

14. Regioni organizzano l'assistenza distrettuale h24 x 7 giorni, anche riconvertendo a questo scopo le risorse già disponibili delle Convenzioni di MG (ACN).

15. omissis

16. Regioni stabiliscono indicazioni di processo per riorganizzazione reti assistenza territoriale

*L'assistenza territoriale ha un giusto rilievo nel Patto. Se si fossero già individuati i risparmi avremmo potuto conoscere anche la misura degli investimenti dedicati al territorio, nelle diverse regioni, a garanzia della realizzazione del nuovo assetto organizzativo, per rendere concreti gli obiettivi.*

- *Si riafferma la centralità del Distretto come baricentro della assistenza territoriale. E' questo il luogo del coordinamento, della gestione, della definizione delle cure primarie e delle attività territoriali (con l'Azienda).*
- *Sono previsti nuovi standard organizzativi per il Distretto per adeguarlo e rafforzare il suo ruolo*
- *Le UCCP (Unità di Cure Complesse Primarie) e le AFT (Aggregazioni Territoriali Funzionali), vengono ben definite e collocate all'interno del Distretto: comma 6 dell'Art. 5 " La UCCP...è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali...."*
- *Si stabilisce che i compiti essenziali di AFT e UCCP sono quelli di erogare prestazioni territoriali garantendo l'accesso per tutto l'arco della giornata per sette giorni a settimana (h24), e di assumere la totale presa in carico dei bisogni del cittadino con la continuità dell'assistenza e della gestione dei percorsi assistenziali.*
- *Mette in chiaro finalmente il comma 16 (Art. 5) che sia necessaria una "ridefinizione di ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali assegnando ad ogni professionista responsabilità individuali o di equipe, su compiti funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica...*

Questi concetti ci sembrano importanti perché pongono fine a due pericolose tentazioni: quella di privatizzare il sistema di cure primarie e quella di gerarchizzare inutilmente il sistema introducendo inutili "capetti". Soprattutto riteniamo che in tal modo ogni professionalità potrà essere valorizzata e riconosciuta per quello che effettivamente fa, superando intollerabili rendite di posizione.

Bisogna infine rendere esplicito che un sistema di tal genere, per funzionare, deve prevedere: 1) un ruolo unico per tutti i medici delle cure primarie, compresi pediatri, medici di famiglia e specialisti ambulatoriali. 2) L'abolizione della figura del medico di guardia medica, (che è un medico di Medicina generale con tutti i titoli e le capacità). 3) Il passaggio a rapporto di dipendenza per tutti i medici di 118 e di quelli a rapporto orario impegnati nelle UCCP.

E' il futuro dell'assistenza territoriale che la CGIL e la FP CGIL Medici hanno indicato in dettaglio da tempo. Si deve realizzare, se si vuole rendere il sistema sanitario sostenibile e più adeguato alle moderne esigenze assistenziali dei cittadini. (commento condiviso con FP Cgil)

#### **Commi 17, 18 Presidi Territoriali/Ospedali di Comunità**

17. **Entro 31 ottobre 2014** Intesa Stato Regioni per Requisiti minimi dell'Ospedale di Comunità: con assistenza dei Medici di Medicina Generale, per ricoveri brevi non complessi, a persone assistibili a domicilio ma senza supporto familiare o per assistenza infermieristica notturna non erogabile a domicilio. L'Intesa fisserà anche percorsi assistenziali, tariffe e standard posti letto territoriali

18. Anche Ospedali di Comunità monitorati dal NSIS

#### **Commi 19, 20 Specialistica ambulatoriale**

19. La Revisione dei LEA (entro 31 dicembre 2014 vedi articolo 1) confermerà 43 DRG a rischio alta inappropriata e lista degli Allegati A/B del Patto Salute 2010/12

Lo spostamento di prestazioni dall'Ospedale all'ambulatorio dovrà produrre risparmi e quindi sarà accompagnato dalla definizione, codifica, tariffazione, previsione di eventuale ticket ed esenzioni, ecc.

20. Sarà istituito un Tavolo per rendere omogenea la codifica delle prestazioni ambulatoriali (Ministero Salute, Mef, Regioni), per trasmissione dati omogenei dei tariffari ecc.

#### **Comma 21 Piano Nazionale Cronicità**

**Entro 31 dicembre 2014** Ministero Salute presenta la proposta di Piano Nazionale Cronicità per Accordo Stato Regioni

#### **Comma 22 Sistema Informativo Riabilitazione**

#### **Comma 23 Assistenza Isole minori**

**Entro 31 dicembre 2014** Istituito Osservatorio verifica LEA isole minori con Accordo Stato Regioni

#### **Comma da 24 a 26 Assistenza in emergenza territoriale e 118**

24. Saranno ridefiniti bacini utenza 118 in relazione alle nuove tecnologie ora disponibili e da adottare.

25. Regioni dovranno adeguare i 118 per coordinarlo con Numero Unico Europeo 112

26. Saranno definiti con Accordo Stato Regioni (non c'è data) requisiti per accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario (in attuazione Norma UE 1789/2007)

27. l'articolo 5 si deve attuare senza maggiori oneri per la finanza pubblica (sic)

## Articolo 6 Assistenza Socio Sanitaria

Le Regioni si impegnano:

- a disciplinare in modo integrato servizi e attività soprattutto per Non Autosufficienza, disabilità, salute mentale, assistenza minori, dipendenze.
- ad attivare Punto Unico di Accesso per assistenza socio sanitaria e socio assistenziale
- ad utilizzare la Valutazione Multidimensionale (per setting assistenza socio sanitaria e socio assistenziale)
- organizzare Piano di prestazioni personalizzato integrato (sanitario, socio sanitario, socioassistenziale), formulato dall'èquipe responsabile della presa in carico
- adottano o aggiornano i Programmi Non autosufficienza, Disabilità, Psichiatria, Dipendenze: fabbisogni sia per le strutture residenziali e semiresidenziali che a domicilio, integrare le professionalità per UVMD
- definire standard minimi qualificanti per servizi socio sanitari

*Articolo importante ma che rischia di rimanere una petizione di principio: è senza risorse, senza Livelli Essenziali (si pensi al sociale) né scadenze !*

## Articolo 7 Assistenza Sanitaria Istituti Penitenziari

**Entro 30 settembre 2014** Linee Guida per assistenza sanitaria nelle carceri (Regioni si impegnano ad approvarle in Conferenza Unificata)

## Articolo 8 Revisione partecipazione spesa (TICKET) ed Esenzioni

**Entro 30 novembre 2014** definire la revisione del sistema "ticket" (a cura di un gruppo di lavoro Ministero Salute, Regioni, Mef, Agenas)

Il sistema di partecipazione alla spesa dovrà considerare reddito e composizione del nucleo familiare. Successivamente, compatibilmente con le informazioni disponibili, potrà essere presa in considerazione condizione economica del "nucleo familiare"

La revisione avviene a parità di gettito per ogni regione (cioè non aumentano entrate da ticket)

*La revisione del sistema di esenzioni sui ticket, per avere una maggiore equità nella compartecipazione, può essere utile ma è tutta da costruire e da discutere anche con il sindacato che rappresenta milioni di lavoratori e di pensionati. Soprattutto non basta: di fronte a milioni di persone che rinunciano a curarsi per l'eccessivo peso della compartecipazione, serve abolire i ticket, con una vera e propria "exit strategy" costruita con tappe graduali e credibili. In questi anni i ticket sono aumentati e, anziché favorire appropriatezza, hanno generato iniquità e distorsioni, favorendo consumi privati, o rinunce. E assicurando sempre meno entrate rispetto alle previsioni (anche a causa degli elevati costi per amministrarli), così che compensarne progressivamente il superamento non sarebbe impresa impossibile. E poi la giungla dei ticket sta creando venti diversi sistemi sanitari regionali.*

## Articolo 9 Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie (tariffe , DRG, ecc)

Comma 1. Istituita una Commissione permanente (Ministero Salute, Mef, Regioni, Agenas) per: aggiornamento delle tariffe, individuare funzioni assistenziali e relativi criteri di remunerazione, definire criteri e parametri per classi tariffarie, sperimentare tariffe per percorsi assistenziali

Comma 2. Mobilità interregionale. Le Regioni convengono di realizzare accordi da approvarsi in sede "Stato Regioni", che prevedano: si paga la tariffa in vigore nella regione in cui si eroga la prestazione (entro i limiti del tariffario nazionale), di regolamentare casi specifici con tariffe aggiuntive.

Comma 3. **Dalla data di stipula del Patto Salute** Gli accordi bilaterali tra le Regioni per la mobilità interregionale (articolo 19 precedente Patto) sono obbligatori.

Commi 4 e 5. Tali Accordi possono prevedere casi speciali di remunerazione aggiuntiva per trapianto, prelievo midollo, trasporto pediatrico. Da definire in Commissione Salute Conferenza Regioni

## Articolo 10 Comitato verifica LEA

Commi da 1 a 5 Ribadite funzioni del Comitato LEA, che può aggiornare la griglia adempimenti regionali per valutare il rispetto dei LEA, trasmettendo le modifiche alle Regioni (entro 31 dicembre anno precedente alla verifica)

Comma 6. Mancato rispetto LEA diventa grave inadempimento contrattuale per Direttori generali ASL e AO e motivo di decadenza.

Il comitato LEA verifica adempimento per l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo (premi e sanzioni)

Comma 7. **Entro 31 dicembre 2014 Intesa** Stato Regioni per nuovo Decreto sugli indicatori per il monitoraggio dei LEA e per un nuovo sistema di garanzia e monitoraggio dei LEA

*Articolo molto importante: Risponde ad una nostra sollecitazione per elevare al rango di "sistema di garanzia costituzionale" l'attuale verifica sui LEA in sanità (e costruirlo ex novo per il Sociale), per noi si tratta in particolare:*

- *La valutazione degli adempimenti regionali relativi ai LEA deve pesare "ufficialmente" quanto quella relativa ai bilanci economici, anche per premi e sanzioni alle regioni.*
- *Accanto al monitoraggio "quantitativo", delle performance e dell'assistenza ospedaliera, serve sviluppare quello sui LEA distrettuali e della prevenzione, sull'appropriatezza e sugli esiti. Un primo passo è il Programma nazionale Valutazione Esiti che va completato e reso disponibile.*
- *Una specifica valutazione sui LEA riguarda l'abbattimento delle liste di attesa.*

*Restano invece non ancora risolte due questioni*

*Creare una Task Force" Stato Regioni a garanzia dei LEA (vedi anche capitolo Piani di Rientro), e Unificare il Tavolo di verifica degli adempimenti (che si occupa soprattutto di bilanci) con il Comitato Lea in un'unica struttura.*

*Nel Sociale è indispensabile definire i LEPS insieme ad uno specifico sistema di monitoraggio e di garanzia*

## Articolo 11 Tavolo verifica adempimenti

Confermati i compiti del Tavolo. Inoltre, annualmente, il Tavolo può disporre l'aggiornamento degli adempimenti che consentono alle regioni l'accesso al finanziamento integrativo : *commento articolo 10*

## Articolo 12 Riorganizzazione, Riquilibratura e Rafforzamento SSR (Piani di Rientro)

Cambieranno con modifiche di legge i Piani di Rientro:

1. Interventi per garantire i Lea congiunti a quelli per equilibrio bilancio
- 2, 3, 4. Commissario ad acta sarà incompatibile con incarico istituzionale (es. Presidente Regione) e avrà con curriculum adatto (idem sub Commissari)
5. Commissario, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi ASL/AO, dispone con provvedimento motivato decadenza Direttori generali
6. Ministero Salute utilizza Agenas per affiancare Regioni in PdR
7. Un nucleo ad hoc di Agenas organizza un sistema di monitoraggio ("allarme") a disposizione delle regioni per prevenire cause piano di rientro. **Entro settembre 2014** specifica convenzione Agenas con Ministero Salute
8. nuovo sistema, più semplice per verifica rispetto LEA nelle regioni in PdR
9. **Entro 31 marzo 2015** sarà redatto un Testo Unico delle disposizioni vigenti sui Piani di Rientro
10. I Pdr in corso saranno aggiornati.

*Articolo che, se attuato bene, potrebbe finalmente modificare la logica punitiva dei Piani di Rientro per passare a veri e propri piani di Salute e Risanamento, dove la valutazione sui Lea vale quanto quella sui bilanci. E passare così dall'attuale commissariamento "punitivo" all'esercizio dei poteri sostitutivi dello Stato*

*per garantire i LEA: con una Task Force Stato Regioni che supporta e affianca le strutture regionali.*

*Invece resta ancora da rivedere il sistema sanzionatorio: (sbloccare il congelamento della quota di riparto) per permettere le riorganizzazioni altrimenti impossibili (es. start up per riconvertire piccoli ospedali in Case della Salute).*

### **Articolo 13 Controlli**

Revisione delle norme sui collegi sindacali

### **Articolo 14 Edilizia sanitaria, investimenti e ammodernamento tecnologico**

Il Governo si impegna ad assicurare alle Regioni “adeguate risorse finanziarie” per garantire la sicurezza e il funzionamento delle strutture sanitarie, l’adeguamento strutturale e l’ammodernamento tecnologico e organizzativo del Ssn (sempre compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica e con il quadro economico). Le risorse potranno provenire dal finanziamento più generale degli interventi infrastrutturali e dal riaccertamento dei residui relativi al finanziamento del Ssn (art. 49 legge 89/2014). Le risorse sia con l’ex art. 20 che attraverso altre modalità di finanziamento (es. quota parte della nuova programmazione del Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020)

**Entro il 31 dicembre 2014** intesa Stato Regioni con programma triennale per rivedere l’attuale normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazioni degli ambienti, superando logiche di “straordinarietà” e passare alla “vita tecnica normale”

### **Articolo 15 Sanità Digitale e NSIS**

**Entro 30 giorni dalla firma** del Patto Salute, Governo e Regioni faranno un Patto per la Sanità Digitale (nell’ambito dell’Agenda Digitale). Ogni tre anni si approva il Piano di Evoluzione dei Flussi, predisposto dalla cabina di regia del Nsis.

### **Articolo 16 Cabina di Regia NSIS**

**Entro 90 giorni** dal Patto Accordo Stato Regione e per revisione dei compiti, composizione e modalità di funzionamento del NSIS

### **Articolo 17 Piano Nazionale della Prevenzione PNP**

Confermati per il PNP 2014/2016 i 200 milioni annui aggiuntivi alle risorse già previste nel Piano Sanitario Nazionale (PSN)

Il 5 per mille delle quote dei progetti di PSN è destinato al Piano nazionale prevenzione, per finanziare attività di supporto al PNP dei network regionali dell’Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevenzione e Associazione italiana registri tumori.

### **Articolo 18 Istituti Zooprofilattici Sperimentali IZS**

**Entro sei mesi** dal Patto della Salute, le Regioni adottano le disposizioni applicative delle norme di riordino degli IZS, altrimenti scatta il commissariamento dell’IZS

### **Articolo 19 Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare**

Impegni delle Regioni per rendere i sistemi regionali del settore “sempre più efficaci ed efficienti nelle attività di prevenzione, vigilanza e controllo”...

Le Unità operative delle ASL deputate a queste funzioni specifiche dovranno essere possibilmente configurate come unità operative complesse e dotate di personale adeguato (*ndr: senza oneri aggiuntivi*)

### **Articolo 20 Ricerca Sanitaria**

*Dichiarazioni di principio condivisibili ma senza alcun impegno definito , né tantomeno finanziamenti.*

### **Articolo 21 Attività intramoenia**

*Si ribadisce la volontà di attuare le norme in materia, senza scadenze né impegni vincolanti*

## Articolo 22 **Gestione e sviluppo risorse umane**

1. Si afferma di voler valorizzare le risorse umane del SSN ma senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica ...

2. Il blocco del turn over per le Regioni in piano di rientro vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva.

4. Istituito un Tavolo politico, che deve concludere i suoi lavori **entro il 31 ottobre 2014** per la definizione di una legge delega che dovrà dettare principi e criteri direttivi in ordine a:

- a) valorizzazione delle risorse umane del Ssn per favorire un'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi;
- b) accesso delle professioni sanitarie al Ssn nel rispetto dei vincoli di spesa di personale e, per le Regioni in Piano di rientro, dei vincoli fissati dai Piani stessi;
- c) disciplina della formazione di base e specialista per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica;
- d) disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l'introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- e) introduzione di standards di personale per livello di assistenza ai fini di determinare il fabbisogno di professionisti sanitari a livello nazionale;
- f) applicazione del Dpcm sul precariato per assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.

Non si prevede contrattazione sindacale !

*Il tema del personale del Servizio Sanitario Nazionale viene affrontato senza una visione coerente e lungimirante. In primo luogo ci sono due grandi omissioni.*

1. *La prima è l'assenza di un impegno a rinnovare i contratti e le convenzioni fermi dal 2009.*
2. *La seconda grave omissione è la mancanza di impegni per affrontare il tema della responsabilità professionale in sanità. Così il sistema si trova a dover perdere miliardi di euro, in modo paradossale in tempi di spending review.*

*Si affronta il tema del precariato ma senza reali soluzioni e senza neanche un approfondimento della questione. Rimandando di fatto ad un Dpcm da diversi mesi impantanato nelle stanze dei Ministeri e con un testo che darebbe risposte largamente insufficienti, cioè limitate a poche migliaia di unità a fronte di oltre 35mila precari nel settore. Per il resto, riguardo al personale vi sono delle timide aperture sullo sblocco del turn over, tutte da verificare. Finalmente, come abbiamo rivendicato, si parla di "introduzione di standards di personale per livello di assistenza". Anche se poi si afferma che l'applicazione è subordinata al rispetto degli standard economici.*

*Si citano i temi fondamentali della formazione, dell'accesso al lavoro, dello sviluppo professionale (peraltro limitato alle disponibilità finanziarie dei fondi aziendali), della integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e dei processi di riorganizzazione dei servizi.*

*La decisione più importante è la costituzione di un Tavolo Politico **entro il 31 ottobre 2014**, ma poi non si prevede neanche un confronto con chi rappresenta i medici e gli operatori. Senza alcun confronto e senza contratto. Solo per legge. Così non va bene. (commento condiviso con FP Cgil)*

## Articolo 23 **Assistenza farmaceutica**

Per governare in modo appropriato l'assistenza e la spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, nei limiti delle risorse stabilite, si Governo e Regioni si impegnano:

- affinché Aifa aggiorni il Prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili sulla base del criterio costo/beneficio ed efficacia terapeutica, e anche con prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee;
- a rivedere la normativa nazionale per rendere contestuale l'Autorizzazione all'Immissione in Commercio con e il riconoscimento della rimborsabilità;
- una revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottoposti ai Regimi di monitoraggio Aifa, dopo un

periodo massimo di 36 mesi, valutando se vengono confermati o meno i risultati clinici attesi;

- definire un percorso per sostenere esclusivamente l'innovazione terapeutica reale, importante e dimostrata rispetto alla terapia già in uso;
- rendere contestualmente valide e applicabili su tutto il territorio nazionale le determinazioni di Aifa relative all'equivalenza terapeutica (con centrale unica di acquisto per regione e network di coordinamento tra le regioni);
- istituire un Tavolo di monitoraggio permanente (Regioni, MEF, Ministero, Ministero dello Sviluppo economico, Aifa e Agenas).

#### **Articolo 24 Dispositivi medici**

Intesa Stato Regioni (non c'è data) per DM Salute per prevenire incidenti nell'uso dei dispositivi medici: per attivare una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo delle informazioni sugli incidenti, e per trasmettere i dati al NSIS.

**Entro il 1 ottobre 2014** Accordo Stato Regioni per Linee Guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici.

Saranno fornite indicazioni alle strutture pubbliche e private del SSN per la corretta trasmissione dei dati relativi ai consumi per dispositivi medici.

Le Regioni si impegnano a chiedere budget preventivi alle ASL e AO e ad attivare un Osservatorio sui consumi e sui prezzi dei dispositivi medici in grado di fornire dati comparativi alle centrali uniche di acquisto su base regionale.

Il flusso dei contratti dei dispositivi medici sarà armonizzato con quello relativo all'Osservatorio dei Contratti Pubblici (ex Dlgs 163/2006) per l'elaborazione dei prezzi di riferimento.

#### **Articolo 25 Aggiornamento Nomenclatore Tariffario (assistenza protesica)**

Per l'aggiornamento del regolamento sulle norme per l'assistenza protesica erogabile dal SSN, si provvederà anche a valere sui risparmi di spesa derivanti dalle disposizioni del presente Patto per la salute.

*Non vi sono risorse certe, aggiornato il nomenclatore solo se vi saranno risparmi ...*

#### **Articolo 26 Modello HTA dispositivi medici e di valutazione dei medicinali**

Per dare attuazione alle norme europee sull'HTA Health Tecnoligy Assesment, Il Ministero della Salute tramite Aifa e Agenas, per assicurare un governo dei consumi di dispositivi medici e di farmaci, a tutela dell'unitarietà del sistema sanitario, della salute e della sicurezza dei cittadini dovrà:

- definire le priorità nell'ambito del PSN, istituendo una "Cabina di regia" che coinvolga gli stakeholder (rappresentanti dei pazienti, cittadini, industria),
- fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara per l'acquisto dei dispositivi medici;
- fornire elementi per la classificazione dei dispositivi medici in Categorie omogenee e per individuare prezzi di riferimento;
- promuovere la creazione del Programma nazionale di Hta dei dispositivi medici, coordinato da Agenas.

#### **Articolo 27 Valutazione nazionale dei medicinali con l'HTA**

Aifa fornisce valutazione HTA per l'accesso ai farmaci, soprattutto quelli innovativi e di eccezionale rilevanza terapeutica.

#### **Articolo 28 Cabina di Regia per il monitoraggio del Patto della Salute**

Viene costituito un tavolo politico permanente della Conferenza Stato-Regioni (Ministeri Salute e Affari regionali, Mef e Regioni) come Cabina di regia per monitorare l'attuazione del Patto.

A supporto del Tavolo politico, presso Agenas è costituito un Tavolo Tecnico, che farà anche proposte per la spending review interna al settore sanitario.

## Articolo 29 **Regioni a Statuto Speciale e PA di Trento e Bolzano**

Si applicano le disposizioni sui bilanci del Titolo II del D.Lgs 118/2011 (federalismo fiscale) dal 1 gennaio 2015 in Friuli Venezia Giulia, Sardegna, PA di Trento; dal 1 gennaio 2017 in Valle d'Aosta e PA di Bolzano.

## Articolo 30 **Norme finali**

1. Governo e Regioni si impegnano ad attuare l'Intesa sul Patto della Salute anche con le necessarie modifiche normative.

2. **In caso di modifiche normative sostanziali o del finanziamento per il SSN stabilito (vedi articolo 1 comma 1) l'Intesa dovrà essere rivista**

FINANZIAMENTO SSN milioni di euro	2014	2015	2016
Finanziamento <u>annunciato</u> da Ministro Lorenzin	109.902	113.452	117.563
Finanziamento effettivo Patto Salute	109.928	112.062	115.444
Differenza (milioni euro)	+28	-1.390	-2.119