

quotidianosanità.it

Venerdì 11 LUGLIO 2014

Patto per la Salute. Ecco le ultime modifiche al testo. Novità per il personale

Il testo definitivo è il risultato di quello approvato [ieri sul tavolo della Stato Regioni](#), a cui sono state apportate poche ma importanti [modifiche](#), in particolare per quanto riguarda il personale. Il blocco del turn over nelle Regioni in rosso vale solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica positiva. Il tetto di spesa per il personale previsto a partire dal 2015 potrà essere applicato gradualmente fino al 2020.

Pronto il testo definitivo del Patto per la Salute. Il testo di riferimento è quello approvato ieri sul tavolo della Conferenza Stato Regioni, con qualche modifica concordata nel corso della Conferenza e riguardanti in particolare il personale. Nel dettaglio si prevede che il turn over nelle Regioni sia valido solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva. Per quanto riguarda il rispetto, dal 2015, del tetto per la spesa del personale previsto nella Finanziaria 2010 (e pari alla spesa del 2004 ridotta dell'1,4%, indipendentemente se la Regione sia in equilibrio economico), il Patto prevede un percorso graduale di applicazione fino al 2020 e, comunque, conviene sulla necessità di un approfondimento per aggiornare il parametro dell'1,4%.

Alla Cabina di regia affidato il compito di vegliare sull'attuazione del Patto e monitorare anche l'applicazione delle misure di contenimento della spesa sanitaria individuate dal Governo.

Stabilito infine che in caso di modifiche sostanziali delle assegnazioni del Fondo previste nel triennio (articolo 1 del Patto) si dovrà (e non più "potrà") rivedere l'intesa per rispondere agli obiettivi di finanza pubblica

Per il resto, confermato il Fondo per i prossimi tre anni e, tra le altre cose, l'incompatibilità tra il ruolo di Presidente di Regione e quello di commissario ad acta. Perse definitivamente le speranze, per la Fimmg, di vedere ricomparire il comma sull'attività professionalizzante nella formazione in Medicina Generale presente nella vecchia bozza del Patto e per il reintegro del quale il sindacato dei medici di famiglia aveva più volte insistito.

Ecco la sintesi dei contenuti del testo definitivo del Patto per la Salute. Il testo è quello approvato ieri sul tavolo della Conferenza Stato Regioni con alcune modifiche concordate nel corso della Conferenza.

La premessa è chiara: "Va potenziato l'intero sistema di governance della sanità. Occorrono strumenti "strumenti forti" per "assicurare la sostenibilità del Ssn, per garantire l'equità e l'universalità del sistema nonché dei Lea in modo appropriato e uniforme". Ma a questo scopo, il Patto evidenzia come "occorre garantire un livello sempre più elevato, in termini di professionalità ed esperienza specifica, dei direttori generali, amministrativi e sanitari delle aziende, introducendo meccanismi stringenti di selezione, nonché di valutazione e di verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti". Allo stesso tempo "dovranno essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi regionali, individuando le dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovraziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all'acquisto di beni e servizi, al reclutamento e alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informativi e dell'area tecnico professionale".

Ma l'intero sistema di governance della Sanità, come sottolineato già nel vecchio testo del Patto, va ripensato, anche alla luce della riforma Costituzionale che ridefinirà regole e competenze istituzionali di Stato e Regioni. Necessario sarà quindi "definire le regole rafforzando e qualificando la sinergia tra ministero della Salute,

ministero dell'Economia e Regioni”.

Il Patto, dunque, rappresenta “l’impegno congiunto di Governo e Regioni di attuare importanti e concrete misure di programmazione della spesa sanitaria, con l’obiettivo di razionalizzarla, creando anche spazi finanziari da reinvestire nel settore sanità”. “Il nuovo Patto – si legge ancora nelle premesse del documento – ha l’ambizione di considerare il sistema salute come un insieme di attori che costituiscono valore per il sistema paese. La salute è vista non più come una fonte di costo, bensì come un investimento economico e sociale. Per questo si delineano percorsi chiari di interazione con i territori e le altre amministrazioni centrali per rafforzare la ricerca e lo sviluppo nel settore biomedico”. Ma l’interazione servirà anche a “monitorare il prezzo dei farmaci e dei dispositivi” e “ad offrire i migliori prodotti per la salute dei cittadini”. Dunque, “il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti”, attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, “a cui è, tra l’altro, demandata l’elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario”.

FONDO SANITARIO NAZIONALE (ART. 1)

Per il 2014 lo stanziamento è confermato in 109,928 miliardi, salirà a 112,062 nel 2015 e a 115,444 nel 2016 “salvo – precisa il testo – eventuali modifiche che non si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del quadro macroeconomico”. Il riparto delle risorse dovrà tenere conto dell’accordo sui costi e i fabbisogni standard, per i quali bisognerà lavorare a nuove modalità di pesature da definire entro il 31 luglio 2014.

Entro il 31 dicembre 2014 dovrà anche essere pronto un documento di proposte elaborato dal ministero della Salute, su cui dovrà esserci l’intesa Stato Regioni, contenente proposte per implementare “un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell’uniformità dell’assistenza sul territorio nazionale”.

I RISPARMI RESTANO ALLA SANITA' (ART. 1)

La conferma nel comma 4 dell’articolo 1 del Patto. In cui si stabilisce anche la possibilità che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimandano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

MOBILITA' TRANSFRONTALIERA (ART. 2)

Per garantire l’omogenea applicazione in tutte le Regioni delle norme vigenti, si conviene sulla necessità di adottare tempestivamente delle linee guida, da emanare entro il 31 ottobre 2014, adottando una modalità di progressiva implementazione delle stese allo scopo di fornire le istruzioni più urgenti in fase di prima applicazione in particolare per l’autorizzazione e il rimborso e le procedure amministrative per l’assistenza sanitaria transfrontaliera e il riconoscimento delle ricette mediche in un altro Stato membro.

Un apposito gruppo di lavoro ministero Salute, Agenas e Regioni dovrà poi analizzare le norme sul ricorso all’assistenza sanitaria al fine di una loro eventuale modifica o integrazione. Eventuali proposte dovranno essere approvate dalla Conferenza Stato Regioni entro il 31 dicembre 2014.

ASSISTENZA OSPEDALIERA (ART. 3)

Va adottato, senza ulteriori rinvii, il regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi in attuazione del decreto 95/2012 dell’ex ministro Balduzzi. Entro il 31 dicembre 2014 Stato e Regioni dovranno anche stipulare un’intesa sugli indirizzi per la piena realizzazione della continuità assistenziale ospedale-territorio. Entro 6 mesi dalla stipula del Patto sarà inoltre definito un documento di indirizzo sull’appropriatezza riabilitativa, “per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all’interno della rete riabilitativa”.

UMANIZZAZIONE DELLE CURE (ART. 4)

Il Patto vi dedica un intero articolo, prevedendo uno specifico impegno in questo senso da parte delle Regioni e la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda un progetto di formazione del personale e un’attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente all’area critica, alla pediatria, alla comunicazione, all’oncologia e all’assistenza domiciliare. Il grado di soddisfazione dei cittadini sarà monitorato in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da consentire l’avvio di azioni correttive.

ASSISTENZA TERRITORIALE (ART. 5)

Accelerata sulla costituzione delle Uccp e Aft per la medicina convenzionata, che, entro 6 mesi dall stipula dei nuovi contratti, o comunque non oltre la vigenza del Patto, costituiranno “le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta” in cui “confluiscono” quindi “le diverse tipologie di

forme associative” realizzate nelle varie Regioni.

Le Uccp saranno caratterizzate dal lavoro multi professionale, garantito dal coordinamento tra le varie professionalità con particolare riguardo all'integrazione tra medicina generale e medicina specialistica. Ogni Aft della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata all'Uccp. Stabilito poi che le Aft della medicina generale coprano un bacino di utenza non superiore a 30.000 abitanti.

PRESIDI TERRITORIALI/OSPEDALI DI COMUNITA' (ART. 5)

Stato e Regioni dovranno stipulare entro il 31 ottobre 2014 per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica sarà assicurata dai medici di medicina generali o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il Ssn e che effettuano ricoveri brevi per casi non compressi.

EMERGENZA-URGENZA (ART. 5)

Per quanto concerne le attività del 118 si stabilisce che l'Agens debba occuparsi di definire il bacino di utenza delle centrali che coordinano e gestiscono le richieste di soccorso in relazione alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche allo scopo di rendere più efficiente il sistema. Un accordo Stato Regioni dovrà poi definire i criteri per l'accreditamento dei servizi di trasporto e soccorso sanitario, definendo la dotazione delle attrezzature e dei presidi, l'allestimento dei mezzi di soccorso e i requisiti di dotazione organica quali-quantitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato per garantire l'erogazione uniforme e in linea con le norme europee.

Sarà poi introdotto il numero unico europeo di emergenza 112, che sarà recepito dalle centrali operative del 118.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ART. 5)

Dovrà raccogliere quanti più Drg possibili tra quelli a rischio di in appropriatezza.

Le Regioni assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in ricovero ordinario, in ricovero diurno o, previo inserimento nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale, in regime ambulatoriale. Sarà istituito un tavolo di lavoro Salute-Economia e Regioni per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare e ottimizzare il sistema di rilevazione e di trasmissione delle informazioni sulle prestazioni erogate.

VALORIZZAZIONI DI RUOLI E COMPETENZE PROFESSIONALI (ART. 5)

Per un efficientamento del settore delle cure primarie, il Patto conviene sull'importanza di ridefinire ruoli, competenze e relazioni professionali “con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe”, accantonando “una logica gerarchica” per “perseguire una logica di governante responsabile dei professionisti coinvolti”. A questo scopo prevede “sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”.

FARMACIA DEI SERVIZI e MEDICINA DI INIZIATIVA (ART. 5)

Compito delle Regioni definire con specifici atti di indirizzo la promozione della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva delle cronicità.

DISTRETTO (ART. 5)

Saranno definiti trame Accordi Stato-Regioni nuovi standard organizzativi del Distretto al fine di “orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di rete assistenziali a baricentro territoriale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini”. Questo anche per contribuire a ridurre i tassi di ricovero e degli accessi impropri al Dea.

PIANO NAZIONALE CRONICITA' (ART. 5)

Sarà predisposto dal ministero della Salute entro il 31 dicembre 2014 e dovrà poi essere approvato in Stato Regioni.

ASSISTENZA SANITARIA NELLE ISOLE MINORI (ART. 5)

Al fine di monitorare i livelli di assistenza erogati, entro il 31 dicembre 2014 un accordo Stato Regioni dovrà istituire un apposito Osservatorio.

EMERGENZA E NUMERO DI TELEFONO PER I CASI NON URGENTI (ART. 5)

Come già avviene in altri Paesi europei, sarà istituito il numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti. Con apposito accordo Regioni-Ministero della Salute saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del servizio su tutto il territorio nazionale.

LOTTA AL DOLORE (ART. 5)

Nelle Aft e nelle Uccp dovrà essere prevista una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

STATI VEGETATIVI (ART. 5)

Le Regioni dovranno provvedere a definire per i pazienti soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata che di assistenza residenziale in speciali Unità di accoglienza permanente.

ASSISTENZA SOCIO SANITARI (ART. 6)

Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali, e forniscono indicazioni alle Asl e agli altri enti del sistema sanitario regionale. L'accesso alla rete integrata dei servizi avviene tramite un "punto unico" che indirizzano il cittadino. Al fine di migliorare la distribuzione delle prestazioni domiciliari e residenziali per i malati cronici non autosufficienti, le Regioni, in relazione ai propri bisogni territoriali, adottano progetti di attuazione dando evidenza anzitutto del fabbisogno di posti letto articolato per intensità assistenziale e per durata;

ISTITUTI PENITENZIARI (ART. 7)

La Conferenza Unificata si impegna ad approvare entro il 30 settembre 2014 le Linee guida sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

TICKET (ART. 8)

Nel Patto si evidenzia la necessità di una revisione del sistema "che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi e alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità e universalismo". Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare. Successivamente "potrà essere presa in considerazione la condizione 'economica' del nucleo familiare".

I contenuti della revisione dovranno essere definiti entro il 30 novembre 2014.

Il nuovo sistema dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla legislazione vigente nazionale, "garantendo comunque l'unitarietà del sistema".

SISTEMA DI REMUNERAZIONE DELLE PRESTAZIONI (ART. 9)

Sarà istituita una commissione permanente costituita da Mef, Salute, Regioni e Agenas per aggiornare le tariffe massime per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, nonché per l'assistenza protesica. Sarà promossa anche la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

MOBILITA' SANITARIA (ART. 9)

Previsto, tra le altre cose, che dalla data di stipula del Patto, gli accordi bilaterali previsti dal Patto del 2009 siano "obbligatori". Saranno poi individuati anche i volumi, la tipologia e la modalità di remunerazione aggiuntiva relative all'espando e trasporto di organi per trapianto, alla ricerca e prelievo di midollo osseo e CSE midollari nonché modalità di compensazione dei costi dei ricoveri ospedalieri erogati da unità operative o strutture pediatriche espressamente individuate, alla casistica di età pediatrica ad elevata complessità assistenziale oggetto di mobilità, nella misura in cui siano riconosciuti diversi da quelli della casistica generale.

LEA (ART. 10)

Al lavoro anche sui Lea, per aggiornarli entro il 31 dicembre 2014.

Quanto alla verifica dei Lea, il Patto prevede che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i direttori generali costituisce un "grave inadempimento contrattuale" per la quale si prevede la decadenza automatica dei direttori generali.

TAVOLO DI VERIFICA DEGLI ADEMPIMENTI (ART. 11)

Si prevede che, annualmente, ai fini della verifica degli adempimenti regionali che consentono l'accesso al finanziamento integrativo condizionato all'esito positivo, il tavolo possa disporre l'aggiornamento degli adempimenti o delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli accordi e intese Stato Regioni e Unificata de delle sopravvenute esigenze di monitoraggio.

SERVIZI SANITARI REGIONALI E PIANI DI RIENTRO. BASTA PRESIDENTI-COMMISSARI AD ACTA (ART. 12)

Nel Patto si conviene sulla necessità di “ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei servizi sanitari regionali”. A questo scopo, il Patto prevede, tra l’altro, l’incompatibilità tra il ruolo dei commissari ad acta con l’affidamento di incarichi istituzionali e, in particolare, che “in caso di nuovi commissariamenti, sia previsto che la nomina a commissario ad acta sia incompatibile con l’affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione soggetta a commissariamento”. Fermo restando il lavoro del tavolo di verifica dei piani di rientro, entro il 30 settembre 2014 l’Agenas dovrà realizzare uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell’andamento dei singoli sistemi sanitari che consenta di rilevare, in via preventiva, attraverso un apposito sistema di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance. Da rivedere anche le modalità di verifica degli obiettivi connessi all’erogazione dei Lea. Al lavoro anche su procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei programmi operativi in atto sempre con riferimento agli obiettivi connessi all’erogazione dei Lea. A questo scopo il Patto stabilisce, definendo nell’ultimo testo il termine del 31 marzo 2015, di procedere alla “redazione di un testo unico di raccolta delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari”.

COLLEGI SINDACALI (ART. 13)

Previsto che, “al fine di rafforzarne il ruolo” e “garantire la composizione coerente con le disposizioni del presente Patto”, siano riviste le composizioni dei collegi sindacali delle aziende sanitarie, che dovranno essere composti da tre membri, di cui uno designato dal presidente della Regione, uno dal Ministro della Salute e uno dal Ministro dell’Economia. La nomina avviene sulla base di requisiti che garantiscano standard di elevati qualificazioni professionali.

EDILIZIA SANITARIA (ART. 14)

Il Governo si impegna comunque ad assicurare alle Regioni “adeguate risorse finanziarie” per garantire la sicurezza e la continuità di esercizio delle strutture sanitarie, nonché l’adeguamento strutturale e l’ammmodernamento tecnologico e organizzativo del Ssn. Questo “compatibilmente con gli obiettivi di finanza pubblica e con il quadro economico”, anche attraverso la “rifinanziamento di quota parte delle risorse eventualmente rivenienti dal procedimento di riaccertamento straordinario dei residui relativi al finanziamento del Ssn”, di cui all’art. 49 della legge 89 del 2014. Le predette risorse, si legge nel Patto, “saranno garantite a valere sul programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria” ex art. 20 o “attraverso altre modalità di finanziamento, anche nell’ambito della quota nazionale della nuova programmazione del Fondo di Sviluppo e Coesione 2014-2020. Governo e Regioni si impegnano poi a una revisione dell’attuale normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazioni degli ambienti attraverso un programma triennale da adottarsi, previa intesa Stato Regioni, entro il 31 dicembre 2014.

SANITA' DIGITALE E PIANO DI EVOLUZIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI E CABINA DI REGIA DEL NSIS (ART. 15 E 16)

Regioni e Governo sigleranno, entro 30 giorni dall’intesa sul Patto, un Patto per la Sanità Digitale, cioè un piano strategico per la diffusione della sanità digitale. Il Patto cita poi il Piano di Evoluzione dei Flussi, che si sviluppa su un orizzonte temporale triennale ed è predisposto dalla cabina di regia del Nsis, i cui compiti, composizione e modalità di funzionamento saranno rivisti entro 90 giorni dalla stipula del Patto.

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (ART. 17)

Confermata la destinazione di 200 milioni annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Stabilito che il 5 per mille sulla quota vincolata per il Piano nazionale prevenzione sia destinato ad attività di supporto al Piano da parte dei network regionali dell’Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevenzione e Associazione italiana registri tumori.

ATTUAZIONE DEL RIORDINO DEGLI ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI (ART. 18)

Riordino da parte delle Regioni previsto entro 6 mesi dall’approvazione del Patto, pena commissariamento dell’Istituto da parte del ministero della Salute.

SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE (ART. 19)

Regioni impegnate a rendere i sistemi regionali del settore “sempre più efficaci ed efficienti nelle attività di prevenzione, vigilanza e controllo. A tal fine le unità operative deputate a queste funzioni specifiche dovranno essere garantite nelle Asl e “possibilmente configurate come unità operative complesse e dotate di personale adeguato”.

RICERCA SANITARIA (ART. 20)

“E’ fondamentale – si legge nel testo – il reperimento delle fonti di finanziamento, l’individuazione delle possibili sinergie tra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la ovalizzazione delle risorse già presenti nel Ssn”. Quindi, il Patto sollecita ad “evitare rischi di duplicazioni e sovrapposizioni integrando le risorse e individuando tematiche condivise dai soggetti finanziatori”. Inoltre “deve essere mantenuto e implemento un percorso rigoroso e trasparente che si occupi non solo di selezionare le migliori proposte di ricerca, ma che aiuti anche concretamente a definire le priorità più utili alla gestione delle aree di incertezza negli interventi sanitari”.

ATTIVITA' INTRAMOENIA (ART. 21)

D’accordo sulla necessità di dare “piena attuazione” alla legge 12/2007 (legge Turco) e alle modifiche ad essa apportate dalle legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) per consentire il passaggio al regime ordinario dell’esercizio dell’intramoenia all’interno dei presidi e superare definitivamente il regime, ormai da tempo affidato a deroghe, dell’intramoenia allargata. In pratica, si sollecita, da parte delle Asl, una ricognizione degli spazi interni disonibili per le attività libero professionali o l’acquisizione di ulteriori spazi, se necessario, presso altre strutture sanitarie autorizzate. Nella legge Balduzzi era poi prevista una messa in rete degli studi professionali per rendere tracciabili tutti i pagamenti effettuati dai pazienti, rendendo così possibile anche un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario sia in regime di intramoenia.

GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE (ART. 22)

Anzitutto una modifica dell’ultimo momento interviene a stabilire che 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. Inoltre, ieri la Conferenza Stato Regioni ha concordato che sia modificata la previsione del DI 98/2011 che prescrive a partire dal 2015 il rispetto del vincolo contenuto nella Finanziaria 2010 di un tetto di spesa per il personale pari a quella del 2004 ridotta dell’1,4%, indipendentemente se la Regione sia in equilibrio economico, prevedendo invece che “le Regioni siano considerate adempienti ove venga accertato il conseguimento di tale vincolo attraverso un percorso graduale fino all’applicazione totale dello stesso nel 2020”. E comunque, Stato e Regioni hanno convenuto sulla necessità di avviare un approfondimento per aggiornare il parametro dell’1,4 per cento.

Poi, le norme già previste nel precedente testo. Si parla della “necessità” di valorizzare le risorse umane del Ssn, al fine di garantire una nuova organizzazione del Ssr, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera, servizi territoriali e presa in carico delle cronicità e delle non autosufficienze.

Al fine di razionalizzare e facilitare l’accesso dei giovani medici alla professione sanitaria all’interno del Ssn, si indica nel Patto l’istituzione di un Tavolo politico per individuare, anche alla luce dell’esperienza di altri paesi UE, specifiche soluzioni normative.

Il suddetto Tavolo dovrà concludere i suoi lavori entro il 31 ottobre 2014 con la definizione di una legge delega che dovrà dettare principi e criteri direttivi in ordine a:

- valorizzazione delle risorse umane del Ssn per favorire un’integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi;
- 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;
- disciplina della formazione di base e specialista per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica;
- 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;
- introduzione di standards di personale per livello di assistenza ai fini di determinare il fabbisogno di professionisti sanitari a livello nazionale;
- applicazione del Dpcm sul precariato per assicurare l’erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.

Infine, si chiede di prevedere che le Regioni, anche in Piano di rientro, che abbiano raggiunto l’equilibrio economico siano considerate “adempienti” indipendentemente dal conseguimento delle misure di riduzione delle spese per il personale.

ASSISTENZA FARMACEUTICA (ART. 23)

Per il governo della spesa farmaceutica territoriale e ospedaliera, nei limiti delle risorse stabilite, si indica che le parti si impegnano: ad adottare iniziative affinché l'Aifa provveda all'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale dei farmaci rimborsabili sulla base del criterio costo/beneficio ;e efficacia terapeutica, prevedendo anche prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee; rivedere la normativa nazionale che riconduca alla contestualità fra Aic e la definizione del regime di rimborsabilità; una revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottostanti 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; istituire un Tavolo di monitoraggio permanente composto da 3 rappresentanti delle Regioni, un rappresentante del mef, un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante del Ministero dello Sviluppo economico, un rappresentante Aifa ed un rappresentante di Agenas, che verifichi l'attuazione di quanto previsto da questo articolo ed elabori eventuali proposte e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

DISPOSITIVI MEDICI (ART. 24)

Qui vengono definite le modalità per l'applicazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici. Si conviene poi di predisporre entro il 1 ottobre 2014 un documento recante linee guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici. Sarà compito delle Regioni 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.

AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO (ART. 25)

Governo e Regioni concordano che all'aggiornamento del regolamento sulle norme per l'assistenza protesica erogabili nell'ambito del Ssn, si provvederà anche a valere sui risparmi di spesa derivanti dalle disposizioni del presente Patto per la salute.

CREAZIONE DI UN MODELLO ISTITUZIONALE DI HTA DEI DISPOSITIVI MEDICI E VALUTAZIONE DEI MEDICINALI (ART. 26 E 27)

Il Ministero della Salute per garantire l'azione coordinata dei livelli nazionale, regionali e delle aziende accreditate del Ssn per il governo dei consumi dei dispositivi medici a tutela dell'unitarietà del sistema, della sicurezza nell'uso delle tecnologie e della salute dei cittadini a livello nazionale dovrà: istituire una "Cabina di regia"; fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara per l'acquisizione 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.

CABINA DI REGIA PER IL MONITORAGGIO DEL PATTO (ART. 28)

Il nuovo Patto andrà monitorato nella sua attuazione "con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione tra le parti", attraverso un tavolo permanente della Conferenza Stato-Regioni che costituirà una sorta di cabina di regia, "a cui è, tra l'altro, demandata l'elaborazione di proposte per la spending review interna al settore sanitario".