

**Audizione di rappresentanti della Conferenza delle Regioni
e delle Province autonome
23 aprile 2015**

**Commissione Igiene e Sanità – Senato della Repubblica
Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del SSN con particolare riferimento
alla garanzia di principi di universalità, solidarietà ed equità**

-

- Nota riferita ai quesiti posti nel corso dell’Audizione del 25 marzo u.s. -

- 1. Personale - criticità connesse agli orari di lavoro e alle turnazioni, alla mancanza di turn over nelle equipe assistenziali; comma 566 della Legge di stabilità e Sistema formativo – competenze professionisti.** Con la sottoscrizione del **Nuovo Patto per la Salute 2014-2016** sono state introdotte alcune importanti novità quali: il blocco del turn over che per le Regioni in piano di rientro varrà solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva; la modifica della previsione del Dl 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 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. Nel merito Stato e Regioni hanno convenuto sulla necessità di avviare un approfondimento per aggiornare il parametro dell'1,4 % .
Inoltre in attuazione dell’**art. 22 del Patto (Gestione e sviluppo delle risorse umane)** è stato costituito un apposito **Tavolo politico**, per cui la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nella seduta del 25 settembre 2014, ha stabilito di prevedere la partecipazione ai suoi lavori di tutte le Regioni e Province autonome, nella persona del Presidente o suo delegato politico, per la definizione di una legge delega che dovrà dettare principi e criteri direttivi quali: la valorizzazione delle risorse umane del SSN per favorire un’integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie; la disciplina della formazione di base e specialistica per il personale dipendente e convenzionato; la disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l’introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali; l’introduzione di standards di personale per livello di assistenza ai fini di determinare il fabbisogno di professionisti sanitari a livello nazionale; l’applicazione del Dpcm sul precariato per assicurare l’erogazione dei Lea e la sicurezza nelle cure.
Il Tavolo ha iniziato a lavorare a novembre 2014, riunendosi quattro volte presso il Ministero della Salute e le Regioni, a livello tecnico, ha già definito alcune ipotesi di obiettivi da perseguire, che ha sottoposto al Ministero, quali: l’istituzione della rete formativa regionale costituita sia da strutture universitarie sia da strutture ospedaliere e strutture territoriali del SSN; la previsione di modalità dell’inserimento dei medici

specializzandi all'interno di tali strutture, in coerenza con le finalità formative della Scuola di specializzazione e sotto la supervisione della stessa, con graduale assunzione di responsabilità assistenziale; la disciplina dell'accesso del personale medico al Servizio Sanitario Nazionale ed il relativo stato giuridico, prevedendo: il titolo di formazione di base e l'abilitazione all'esercizio della relativa professione quali requisiti di accesso; l'accesso di tali professionisti, per esigenze del SSR, in soprannumero, ad una scuola di specializzazione di area medica sanitaria; la disciplina dello sviluppo professionale di carriera della dirigenza, introducendo misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle risorse umane; l'individuazione, al fine di assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, di specifiche misure per la stabilizzazione del personale precario, attraverso procedure concorsuali, anche tenendo conto della riorganizzazione delle reti dei servizi, con particolare riferimento al personale medico dei servizi di emergenza e urgenza.

Ricordiamo inoltre che con riferimento alle **professioni sanitarie**, l'**art. 1 comma 566 della Legge di stabilità 2015** ha previsto che con Accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati, siano definiti i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità delle professioni sanitarie infermieristiche-ostetrica, tecniche e della riabilitazione e della prevenzione. Disposizione condivisa dalle Regioni che hanno ricevuto note di sollecito per il perfezionamento di tale Accordo in Stato – Regioni dalle Federazioni di categoria.

- 2. Area socio – sanitaria:** all'integrazione socio – sanitaria è stato dedicato un articolo nel **Nuovo Patto per la Salute 2014-2016** in cui le Regioni si sono impegnate a disciplinare in modo integrato servizi e attività soprattutto per non autosufficienza, disabilità, salute mentale, assistenza minori e dipendenze; ad attivare un Punto Unico di Accesso per l'assistenza socio sanitaria e socio assistenziale; ad organizzare un Piano di prestazioni personalizzato integrato; ad adottare o aggiornare i Programmi non autosufficienza, disabilità, psichiatria; a definire standard minimi qualificanti per servizi socio sanitari.

In attuazione del Nuovo Patto per la Salute, Ministero e Regioni hanno iniziato a lavorare da circa un anno sul **DPCM di aggiornamento dei Lea** ed è stato costituito un gruppo di lavoro ad hoc che ha lavorato ad una prima bozza in cui l'assistenza socio – sanitaria viene collocata nell'ambito dell'assistenza distrettuale. La necessità di rivedere i LEA, con particolare riferimento all'assistenza socio- sanitaria, deriva da una forte obsolescenza e soprattutto inadeguatezza ad interpretare i fenomeni della cronicità, della lungo assistenza, in chiave evolutiva secondo i progressi della medicina e secondo una complessiva concezione di salute. Inoltre oggi assistiamo ad una forte disomogeneità locale nell'applicazione delle norme sull'integrazione socio – sanitaria ed in questa ottica si rileva la necessità di garantire in maniera uniforme ed universalistica un'adeguata assistenza socio – sanitaria su tutto il territorio

nazionale. Le Regioni ritengono necessario prevedere un adeguato finanziamento pluriennale e un primo importante traguardo è stato raggiunto con la Legge di stabilità 2015 che ha previsto per il Fondo nazionale per le non autosufficienze un finanziamento pari a 400 milioni per l'anno 2015 e di 250 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016.

3. **Finanziamento farmaci innovativi**: la **Legge di stabilità 2015 all'art. 1 comma 593** ha previsto l'istituzione di un **Fondo** per l'acquisto dei farmaci innovativi con uno stanziamento dello Stato di 100 milioni di euro per il 2015, cui si aggiungono 400 milioni per il 2015 e altri 500 per il 2016, ricavati invece dalle quote a destinazione vincolata già stanziati per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nel merito, nel documento approvato il 10 dicembre 2014 ed integrato nella riunione del 18 dicembre 2014, ha espresso parere contrario rispetto alla previsione di finanziare il fondo previsto con risorse assegnate alle Regioni e alle Province autonome tra quelle vincolate per la realizzazione degli obiettivi di piano. Le Regioni ritengono infatti che tale finanziamento debba essere garantito dallo Stato con risorse al di fuori del Fondo Sanitario Nazionale.

Nel merito si fa presente la Conferenza aveva chiesto più volte di avviare un confronto con il Ministero della Salute mediante l'attivazione di un Tavolo di lavoro qualificato che avrebbe dovuto, nelle more dell'iter autorizzativo del farmaco, definire i criteri scientifici per l'attribuzione di questa terapia innovativa, ma il Tavolo non è stato mai costituito.

Ad oggi ulteriori criticità sono state rilevate dalle Regioni quali: la mancata conoscenza del costo reale del farmaco con conseguenti impossibilità di effettuare una corretta programmazione regionale; l'insufficienza del Fondo alla luce dei nuovi recenti farmaci commercializzati e dell'aumento dei pazienti trattabili, nonché la mobilità dei pazienti nel territorio nazionale.

Inoltre è emersa anche la necessità di prevedere l'anticipazione al 30 giugno 2015 del termine previsto – 31 dicembre 2015 - dall'articolo 1, comma 585 della Legge 190/2014 per la revisione straordinaria del prontuario farmaceutico nazionale da parte di AIFA, affinché i risparmi possano avere effetto già a partire dall'anno in corso.

Per potersi confrontare su queste problematiche le Regioni pertanto hanno chiesto nuovamente al Ministro Lorenzin, lo scorso 6 marzo, l'attivazione di un **Tavolo di lavoro con il Ministero della Salute e AIFA** per trovare soluzioni condivise alle difficoltà che registrano le Regioni e le Province autonome a garantire l'accesso uniforme e tempestivo alle nuove terapie.

4. **Selezione e remunerazione dirigenza**: per ciò che concerne la selezione della dirigenza la **Legge 189/2012 c.d. "Balduzzi"** aveva previsto che i direttori generali delle aziende e degli enti del SSR venissero nominati attingendo obbligatoriamente da un elenco regionale di idonei, o da analoghi elenchi di altre Regioni. I criteri di

costituzione degli elenchi dovevano essere individuati da una commissione costituita dalla Regione e gli elenchi aggiornati almeno ogni due anni.

Con riferimento alla selezione dei **direttori generali, amministrativi e sanitari** con il **Ddl recante la Riorganizzazione delle Amministrazioni pubbliche - c.d. Madia** - attualmente all'esame dell'Aula del Senato, si stanno modificando le disposizioni contenute nella Legge Balduzzi per cui si prevede una selezione unica per titoli, previo avviso pubblico, dei direttori generali in possesso di specifici titoli formativi e professionali e di comprovata esperienza dirigenziale, effettuata da parte di una commissione nazionale composta pariteticamente da rappresentanti dello Stato e delle Regioni, per l'inserimento in un elenco nazionale degli idonei. Per i DS e i DA: selezione per titoli e colloquio, previo avviso pubblico, dei direttori amministrativi e dei direttori sanitari in possesso di specifici titoli professionali, scientifici e di carriera, effettuata da parte di commissioni regionali composte da esperti di qualificate istituzioni scientifiche, per l'inserimento in appositi elenchi regionali degli idonei, aggiornati con cadenza biennale, da cui i direttori generali devono obbligatoriamente attingere per le relative nomine.

Nel merito la Conferenza delle Regioni, nella riunione della Conferenza Unificata del 13 novembre 2014 aveva espresso parere favorevole condizionato all'accoglimento di una serie di emendamenti e aveva sottolineato la necessità di proseguire un confronto tecnico e politico sul testo. Tra gli emendamenti le Regioni avevano chiesto di utilizzare in prima applicazione le disposizioni riportate nel dlgs 502/1992 modificate dalla Legge Balduzzi, richiesta che non è stata accolta. La Conferenza aveva inoltre richiesto: la previsione di una norma che, ferma restando la condivisione di fasi unificate e condivise per le procedure concorsuali, garantisca l'autonomia delle Regioni nei casi di specifiche e urgenti esigenze nel reclutamento e nel conferimento degli incarichi dirigenziali; forte semplificazione del ruolo della Commissione nazionale, che comunque deve essere espressione delle Regioni.

5. **Impatto che avrà la nuova riforma del Titolo V in termini di sostenibilità sul SSN:** Nel nuovo Patto, tra le premesse istituzionali, è riportato che lo stesso non può prescindere dal contesto politico-istituzionale entro cui si realizzerà, ciò alla luce della rilevanza che la "tutela della salute" assume nel vigente quadro costituzionale. Il rinnovato contratto fra Governo e Regioni per la Salute dei cittadini, va collocato infatti in una cornice di sistema certa, ben delineata nelle funzioni e nei ruoli di entrambi i livelli di governo (Stato e Regioni) e di tutti i soggetti istituzionali che operano nel SSN. Ad oggi la Riforma del Titolo V in atto prevede il superamento della competenza concorrente e fa rientrare nelle competenze esclusive dello Stato le disposizioni generali e comuni per la tutela della Salute e tra le competenze esclusive delle Regioni la Programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari e sociali. La Conferenza sta seguendo con attenzione i lavori parlamentari sulla Riforma.
6. **Risparmi rimangono in sanità:** Nel Nuovo Patto per la Salute è stata inserita la disposizione, recepita successivamente nella Legge di stabilità 2015, che prevede

che eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle Regioni rimangono nella disponibilità delle Regioni stesse per finalità sanitarie.

7. **Modalità per garantire la tenuta del sistema e all'individuazione dei soggetti su cui gravano i relativi oneri** : La **Legge di stabilità 2015 al comma 398** stabilisce che le Regioni a statuto ordinario assicurano un **contributo alla finanza pubblica pari a 4.202 milioni di euro per gli anni 2015 – 2018**. Nel merito l'intesa siglata in Conferenza Stato – Regioni il 26 febbraio u.s. sull'attuazione della legge 23 dicembre 2014, n. 190 recante: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015), ha stabilito che per l'anno 2015 le Regioni e le P.a. contribuiscano mediante la **riduzione delle risorse destinate al finanziamento del SSN per un importo pari a 2.352 milioni di euro**. L'intesa prevede altresì che entro il 31 marzo 2015 con Intesa in Conferenza Stato – Regioni vengano individuate le misure di razionalizzazione ed efficientamento della spesa del SSN. Nel merito Regioni, Ministero della Salute e MEF stanno lavorando a tale intesa che prevederà misure strutturali in settori quali: beni e servizi, dispositivi medici e farmaceutica, nonché interventi su: appropriatezza prescrittiva, riduzione dei ricoveri inappropriati, riduzione UOC e UOS, riduzione centrali operative 118, anticipazione al 30 giugno 2015 della revisione del Prontuario Terapeutico Nazionale per categorie omogenee e manovra nazionale sul personale amministrativo. Tali misure dovranno “cubare” 2,350 mnl per l'anno 2015.
8. **Tema dell'appropriatezza e modello di governo dell'offerta e della domanda in sanità**: Di appropriatezza si parla in ogni articolo del Nuovo Patto per la Salute e proprio con l'obiettivo di garantire la sostenibilità del sistema in termini di appropriatezza, efficienza e qualità dell'assistenza che la Conferenza ha chiesto al Presidente del Consiglio dei Ministri di ripensare all'intero sistema di *governance* della sanità, ritenendo necessario nel merito un **provvedimento omnibus che costituisca una sorta di manutenzione del sistema**. Dalla riforma degli enti vigilati alla farmaceutica, per cui alcune procedure - come ad esempio i tetti ed i criteri di riparto del pay back - hanno dimostrato diverse criticità nell'applicazione. Occorrono strumenti forti per assicurare la sostenibilità del SSN, garantire l'equità e l'universalità del sistema, rivedendo l'intero assetto (ruolo, organizzazione, competenze) di questi Enti in coerenza con l'obiettivo di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure e dei servizi. Dovranno altresì essere rivisti in un'ottica di efficientamento e di razionalizzazione dell'uso delle risorse gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, delle attività di amministrazione generale e di supporto, con particolare riferimento al settore dei beni e servizi e del personale e dare un supporto anche normativo per rafforzare la ricerca scientifica per fornire ai cittadini migliori prodotti e una tecnologia sempre più avanzata.