



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Verbale n. 10/2014

Seduta del 10 luglio 2014

**CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO**

Il giorno **10 luglio 2014**, alle ore **15,30** presso la **Sala riunioni di Via della Stamperia, n. 8, in Roma**, si è riunita la seduta della **Conferenza Stato Regioni** (convocata con note prot. n. CSR 2703 P-4.23.2.21 del 4 luglio 2014 e prot. n. CSR 2792 P-4.23.2.21 del 9 luglio 2014) per discutere sui seguenti argomenti all'ordine del giorno:

Approvazione del verbale della seduta del 12 giugno 2014

- 1) **Rettifica della designazione di uno dei componenti regionali di cui all'atto della Conferenza Unificata repertorio n. 33/CU del 20 febbraio 2014 in seno alla Commissione per le adozioni internazionali ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera l) del D.P.R. 8 giugno 2007, n. 108.**
Acquisizione della designazione ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 2) **Approvazione del Regolamento per il funzionamento del Centro di Interoperabilità Tasse Automobilistiche (CITA). (ECONOMIA E FINANZE)**
Approvazione ai sensi dell'articolo 3, comma 6, del Regolamento per il funzionamento del CITA, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 20 maggio 2004.
- 3) **Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore. (SALUTE)**
Accordo ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- 4) **Intesa sul D.P.C.M. di riparto delle risorse finanziarie del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità per gli anni 2013 e 2014 da destinare alla prevenzione e al contrasto della violenza contro le donne. (PRESIDENZA CONSIGLIO MINISTRI – PARI OPPORTUNITÀ) *Intesa ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 2, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, nella legge 15 ottobre 2013, n. 119.***

- 5) **Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazioni CIPE concernente la ripartizione della quota accantonata, per l'anno 2013, sul Fondo sanitario nazionale per il finanziamento delle borse di studio in medicina generale – 3^a annualità del triennio 2011-2014, 2^a annualità del triennio 2011-2014 e 1^a annualità del triennio 2013-2016. (SALUTE)
*Intesa ai sensi dell'articolo 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 e dell'articolo 115, comma, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.***

- 6) **Parere sullo schema di decreto recante "Individuazione dei centri e aziende di frazionamento e di produzione di emoderivati autorizzati alla stipula delle convenzioni con le Regioni e le Province autonome per la lavorazione del plasma raccolto sul territorio nazionale". (SALUTE)
*Parere ai sensi dell'articolo 15, comma 5, della legge 21 ottobre 2005, n. 219.***

- 7) **Parere sulla richiesta del riconoscimento del carattere scientifico dell'ISMETT (Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione) di Palermo.
*Parere ai sensi dell'articolo 14, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288.***

- 8) **Parere sulla richiesta di conferma del carattere scientifico dell'Ospedale San Raffaele S.r.l. di Milano e di riconoscimento San Raffaele Turro. (SALUTE)
*Parere ai sensi dell'articolo 14, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288.***

- 9) **Accordo sullo schema di primo rapporto sull'attuazione della Strategia nazionale per la biodiversità (periodo 2011-2012). (AMBIENTE E TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE)
*Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.***





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- 10) **Accordo sullo schema di linee guida per il recupero, soccorso, affidamento e gestione delle tartarughe marine ai fini della riabilitazione e per la manipolazione a scopi scientifici. (AMBIENTE E TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE)**
Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 11) **Intesa sulla Strategia nazionale per la biodiversità: prime indicazioni programmatiche fino al 2015. (AMBIENTE E TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE)**
Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.
- 12) **Acquisizione delle designazioni di due componenti in seno al tavolo tecnico operativo, istituito, presso il Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo, dall'articolo 8, comma 9 del decreto-legge 8 agosto 2013, n. 91, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 ottobre 2013, n. 112 recante: "Disposizioni urgenti per la tutela, la valorizzazione e il rilancio dei beni e delle attività culturali e del turismo". (BENI E ATTIVITÀ CULTURALI E TURISMO)**
Acquisizione delle designazioni ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lett. d) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 13) **Acquisizione delle designazioni di quattro componenti per la costituzione della Commissione per la Cinematografia di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 28 e articolo 5 del D.M. 10 febbraio 2014, recante disposizioni per la composizione e rideterminazione dei componenti degli organismi collegiali operanti presso la Direzione Generale per il Cinema. (BENI E ATTIVITÀ CULTURALI E TURISMO)**
Acquisizione delle designazioni ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lett. d) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 14) **Acquisizione della designazione per la sostituzione di un rappresentante regionale in seno al "Comitato per la valutazione dei piani di regolazione dell'offerta dei formaggi DOP e IGP ai sensi dell'articolo 126 quinquies del Regolamento (CE) n. 1234/2007". (POLITICHE AGRICOLE, ALIMENTARI E FORESTALI)**
Acquisizione della designazione ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 15) **Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: "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. (SALUTE)**
Intesa ai sensi 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.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

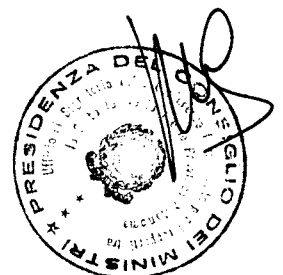
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- 16) **Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016. (SALUTE)**
Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

- 17) **Intesa sul Piano d'azione italiano per l'efficienza energetica 2014. (SVILUPPO ECONOMICO – AMBIENTE E TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE)**
Intesa ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 30 maggio 2008, n. 115.

- 18) **Intesa sul Programma "Frutta nelle scuole" – Strategia Nazionale – Anno scolastico 2014-2015.**
Intesa ai sensi dell'articolo 4, comma 3, della legge 29 dicembre 1990, n. 428.

- 19) **Parere sullo schema di decreto legislativo recante attuazione del Regolamento (CE) n. 2173/2005 del Consiglio del 20 dicembre 2005, relativo all'istituzione di un sistema di licenze FLEGT per le importazioni di legname nella Comunità europea e del Regolamento (UE) n. 995/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 ottobre 2010 che stabilisce gli obblighi degli operatori che commercializzano legno e prodotti da esso derivati.**
Parere ai sensi dell'articolo 2, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Sono presenti:

per le Amministrazioni dello Stato:

il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, **LANZETTA***; il Ministro della salute, **LORENZIN**; il Vice Ministro per lo sviluppo economico, **DE VINCENTI**; il Sottosegretario agli affari regionali, **BRESSA**; il Sottosegretario all'economia e alle finanze, **LEGNINI**; il Sottosegretario all'ambiente e alla tutela del territorio e del mare, **DEGANI**; il Sottosegretario ai beni e alle attività culturali e al turismo, **BARRACCIU**; il Sottosegretario all'istruzione, all'università e alla ricerca **REGGI**; il Sottosegretario alle politiche agricole, alimentari e forestali, **CASTIGLIONE**; il Capo di Gabinetto per gli affari regionali e le autonomie, **FIorentino**.

per le Regioni e Province autonome:

il Presidente della Regione Umbria, **MARINI**; il Vice Presidente della Regione Calabria, **STASI**; l'Assessore della Regione Sicilia, **BRUNO**; l'Assessore della Regione Sardegna, **SPANO**; l'Assessore della Regione Liguria, **MONTALDO**; l'Assessore della Regione Emilia-Romagna, **LUSENTI**; gli Assessori della Regione Toscana, **MARRONI** e **BUGLI**; l'Assessore della Regione Veneto, **COLETTI**; l'Assessore della Regione Lombardia, **GARAVAGLIA**; l'Assessore della Regione Basilicata, **BERLINGUER**; l'Assessore della Regione Campania, **GIANCANE**.

Svolge le funzioni di Segretario, **NADDEO**, Segretario della Conferenza Unificata e della Conferenza Stato-Regioni.

E' altresì presente la dott.ssa **ADDUCE**, della Ragioneria Generale dello Stato.

* Il Ministro Lanzetta è delegato ad esercitare le funzioni di Presidente della Conferenza





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il Ministro LANZETTA anticipa la trattazione del punto 16) all'o.d.g. che reca: **"Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016"**

Il Presidente MARINI afferma che le Regioni hanno sempre sottolineato la necessità di arrivare a definire i contenuti del nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 e hanno svolto un lavoro importante, sia sul piano politico sia sul piano tecnico, anche di confronto con il Ministero della salute, riempiendo il patto di contenuti fondamentali e di rilevante importanza per le Regioni, perché contengono tutti gli aspetti per poter sviluppare elementi di certezza sulla programmazione, sull'organizzazione, sulla gestione, sugli investimenti e anche sull'attuazione di parti della riforma, a cominciare dalla definizione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e delle modalità attraverso le quali poter garantire i livelli essenziali di assistenza.

Dichiara che la posizione delle Regioni è di poter arrivare il prima possibile all'intesa e, quindi, alla definizione del patto in tutti i suoi elementi in quanto nella settimana precedente è stata definita la versione finale, anche con un confronto con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, avendo definito le modifiche da introdurre rispetto alla bozza precedente.

Nella giornata precedente le Regioni hanno ricevuto la nuova stesura del patto, anche alla luce ovviamente della riunione della settimana precedente, e una parte di questa stesura contiene, ovviamente, le modifiche che sono state oggetto di condivisione dell'accordo politico e tecnico, ma contiene anche elementi che non sono stati oggetto di questo confronto con le Regioni, in modo particolare una serie di emendamenti, prevalentemente di carattere economico-finanziario, che sono stati indicati dal Ministero dell'economia e delle finanze.

Rileva che, trattandosi di un patto da condividere in tutte le sue parti, le Regioni ritengono che sia necessario chiarire subito le proprie posizioni anche questi ultimi emendamenti che non sono stati oggetto del confronto.

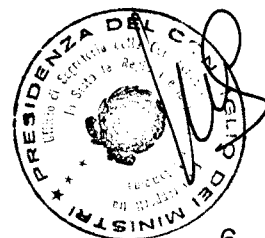
Invita, quindi, l'Assessore Coletto, che coordina la Commissione Salute, e l'Assessore Montaldo ad entrare nel merito di alcuni aspetti.

L'Assessore COLETTO consegna gli emendamenti (**ALL. 1a**) che le Regioni hanno approvato nella Conferenza dei Presidenti, in maniera tale che anche il Governo abbia la disponibilità della bozza che è stata approvata dalle Regioni.

Passa poi ad elencare gli emendamenti proposti:

- nelle premesse istituzionali, le Regioni intendono eliminare il seguente comma: *«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».*

Le Regioni hanno a cuore la sorte della sanità ed è chiaro che intendono affidare questo ruolo, che è un ruolo fondamentale di gestione, a persone assolutamente preparate. E' quindi scontato quanto è scritto su questo capoverso.





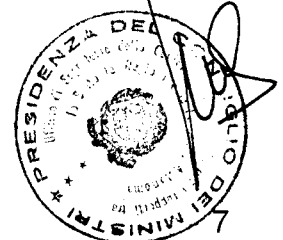
Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- il comma 9, dell'articolo 1, "Determinazione del fabbisogno del servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali. Costi standard e livelli essenziali di assistenza" è stato così riformulato: "si conviene che con il decreto previsto dall'articolo 2, comma 67-bis della legge 23 dicembre 2009, n.191, da adottarsi entro il 31 ottobre 2014, sono stabilite, nell'ambito delle disponibilità di cui all'articolo 15, comma 23, del decreto 6 luglio 2012, n. 95 (sostanzialmente la spending review), convertito con modificazioni nella legge n. 7/2012, n. 135, ulteriori criteri condivisi per le formule premiali, che riguardano anche le Regioni che hanno assicurato un trend di miglioramento, ivi comprese quelle riguardanti l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, da garantire con risorse aggiuntive", in base a quanto concordato durante l'incontro della settimana precedente, in sede di Conferenza dei Presidenti.
- al comma 2, dell'articolo 11 "Tavolo per la verifica degli adempimenti", a metà capoverso, dopo "il tavolo di cui al comma 1 può disporre", è stato inserito "in tempi utili alla Regione per la necessaria istruttoria".

Spiega che, pur non mettendo un termine, le Regioni ritengono importante che sia almeno rispettata la possibilità di intervenire nei tempi corretti.

- al comma 7, dell'articolo 12 "Piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali" le Regioni propongono una modifica a metà capoverso: dopo "aziende sanitari e i sistemi regionali sanitari, in termini di qualità, quantità e sicurezza", aggiungendo solo "quantità". Mentre, al comma 9, di sostituire la data, al termine del capoverso: "entro il 31 marzo 2015".
- l'articolo 22, è stato riformulato, chiedendo sostanzialmente che il Ministero della salute si attivi con una legge delega, per quanto riguarda la questione legata alle specialità, e un preventivo tavolo di lavoro che andrà a definire i criteri di massima.
- L'articolo 29 recita "Regioni a statuto speciale": si adeguano tutte quante nei tempi previsti, quindi, "entro il primo gennaio 2015 si conviene che la Regione Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Trento e Bolzano per l'attività del citato Titolo II del decreto n. 118, avrà decorrenza dal primo gennaio 2017".
- all'articolo 30, comma 2, che recita: "in caso di modifiche normative sostanziali e/o degli importi di cui all'articolo 1, ove necessario, in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e alla variazione del quadro macroeconomico, la presente intesa dovrà essere altresì oggetto di revisione".
- per quanto riguarda le premesse normative, le Regioni hanno aggiunto, in fondo, il seguente capoverso: "si segnala che va inserito il riferimento all'articolo 1, comma 234 della legge n. 147/2013, Stabilità per l'anno 2014 con cui si stabiliva che limitatamente all'anno 2013, la percentuale per le forme premiali è stata pari allo 0,30".





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Crede che, per quanto riguarda il resto del Patto, non sia stato toccato nulla e pertanto il testo proposto il giorno precedente è condiviso.

Afferma che le modifiche elencate sono state concordate al tavolo con i Presidenti in Conferenza, alla presenza del MEF e del Ministero della sanità e quindi, crede che anche in considerazione del lavoro svolto, che ha impegnato tutti (Presidenti, assessori, Commissione salute, i due Ministeri) sia auspicabile dare il via a questo Patto della salute.

Rileva che si tratta di un'opportunità per le Regioni per avere una pianificazione e una programmazione, per il tempo che rimarrà, finalizzata a migliorare i servizi territoriali. In considerazione del fatto che le Regioni hanno grosse responsabilità per quanto riguarda la pianificazione e la programmazione è assolutamente necessario che siano definiti anche i fondi da destinare alla sanità alla luce anche del momento di congiuntura economica piuttosto negativo. Sul territorio, si richiedono certezze di erogazione dei livelli essenziali di assistenza che, per essere programmati e pianificati correttamente, hanno bisogno di avere dei capisaldi forti per quanto riguarda il finanziamento degli stessi.

Il **Sottosegretario LEGNINI**, premettendo che l'assessore Coletto ha fatto riferimento a un parere concorde su questi testi che per quel che riguarda il Ministero dell'economia e delle finanze non c'è stato o almeno non c'è stato per tutto, dichiara che comunque la gran parte delle proposte - dal punto di vista del Ministero dell'economia e delle finanze - sono accoglibili con le sole seguenti eccezioni: sulla modifica all'emendamento all'articolo 1 non concorda sulle ultime parole "da garantire con risorse aggiuntive" perché questo richiederebbe un impegno finanziario ulteriore allo stato non garantibile; sulle premesse istituzionali c'è accordo; sul resto di questo testo all'articolo 1 c'è accordo; sull'articolo 11, comma 2, c'è accordo, idem sull'articolo 12, comma 7.

Sull'articolo 22, secondo comma, chiede che venga espunto - e comunque non c'è accordo - poiché questa diversa regolazione del *turnover* pone problemi per quel che riguarda le Regioni in Piano di rientro, nel senso che farebbe saltare sostanzialmente il meccanismo sanzionatorio rigoroso previsto per quelle Regioni.

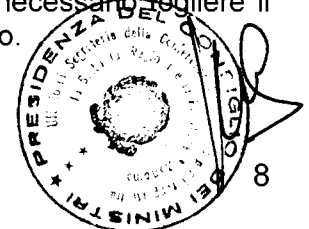
Fa rilevare che tutto ciò era stato già oggetto di discussione. Spiega come vi sia stata, da parte del mio collega che ha seguito questo importante accordo, la riformulazione del comma 5 (come era stato definito e proposto) il cui testo crede sia già noto.

Chiede quindi la possibilità di acquisirlo, proponendo una riformulazione che garantisca una gradualità nell'applicazione dei meccanismi relativi al *turnover* e ai vincoli del personale. Continua, precisando che c'è accordo sull'articolo 29, così come sull'articolo 30 ma che manca la riformulazione dell'articolo 28, su cui si era discusso e su cui, nel caso, si può ridiscutere.

L'**Assessore GARAVAGLIA**, riferendosi alle questioni di carattere finanziario, premette che questi emendamenti riportano il testo concordato nella discussione congiunta tra la Regioni, il Ministero dell'economia e il Ministero della salute e che quindi le Regioni non stanno emendando un testo, ma lo stanno riportando a quello che era l'accordo politico definitivo.

Nota con stupore questa non accettazione dell'"aggiunta", che in realtà ritiene sia un ripristino della versione di quell'accordo, delle risorse aggiuntive per quanto riguarda il comma 9, all'articolo 1.

Aggiunge che nonostante il testo sia stato concordato e nonostante la cosa migliore sarebbe raggiungere l'esito del confronto avuto con economia e salute, le Regioni sono dotate di buon senso, e quindi, se è proprio impossibile rimettere quel testo, allora è necessario togliere il comma 9, che ha un senso tenere se ci sono le risorse aggiuntive, altrimenti no.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il **Sottosegretario LEGNINI**, relativamente a questo punto dell'articolo 1, afferma che non può essere il Ministero dell'economia a dire se vada tolto o meno, ma ribadisce la necessità di espungere le risorse aggiuntive. Il Ministero dell'economia e delle finanze ritiene che si possa mantenere, ma comunque non vi è il profilo finanziario ostativo che ha determinato il parere espresso.

Il **Ministro LORENZIN** spiega che, per quanto riguarda questo parere e il comma 9, era stata fatta una proposta da alcune Regioni per promuovere forme premiali e quindi trovare meccanismi di premialità, però, se la questione non si scioglie, penso che la proposta di Garavaglia possa andare e che si possa togliere il comma.

L'**Assessore LUSENTI** richiama l'attenzione sul fatto che si sta discutendo sui dettagli ancora oggetto di discussione, in un ambito di 35 pagine di testo ma afferma che il grosso dell'accordo c'è e che a suo parere sarebbe bene anteporre questa consapevolezza all'esercizio tecnico su ciascuna questione.

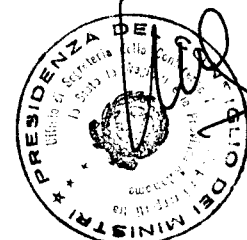
Premesso ciò, chiede se il comma 9, alla seconda e terza riga reciti: «Sono stabiliti, nell'ambito delle disponibilità di cui all'articolo 15», spiegando che, i limiti delle disponibilità che finanziano questo comma sono già definiti e di sicuro non solo non possono essere derogati, ma non è possibile neanche, perché non è stata mai posta nella discussione del Patto la necessità di avere ulteriori risorse oltre a quelle definite nell'articolo 1, altrimenti le Regioni avrebbero detto che il fondo non era sufficiente e di conseguenza non si sarebbe neanche discusso il Patto.

Afferma che l'ultima parte della frase "da garantire con risorse aggiuntive" non è di sicuro riferita al fondo, perché questo è definito dall'articolo 1 e che non sono aggiuntive rispetto a ciò che è scritto nel comma, e cioè le disponibilità di cui all'articolo 15, comma 23, quindi ritiene che la frase: "da garantire con risorse aggiuntive", possa al massimo riferirsi al diverso equilibrio che tra di loro trovano le Regioni, a fondo invariato e in vigore dell'articolo 15.

Non ritenere vi sia alcun pericolo rispetto né alle dimensioni del finanziamento del Servizio sanitario, né agli equilibri di finanza pubblica, né tantomeno alle dimensioni complessive delle risorse che finanziano queste premialità, che si è deciso – questo si è stato il nocciolo di questo comma – di modificare rispetto all'esistente, non premiando soltanto il raggiungimento in senso assoluto di standard predefiniti, ma premiando anche, in un accordo tra Regioni, il trend di miglioramento rispetto alle condizioni di partenza che ciascuna Regione ha. Quindi, pensa che, definite le cornici, questa applicazione possa essere tenuta all'interno di un accordo che gestisce le risorse già assegnate alle Regioni.

L'**Assessore GIANCANE** afferma di essere contrario alla proposta dell'Assessore Garavaglia, in quanto se si comincia a togliere e mettere, si deve ricominciare di nuovo a discutere tutto il resto.

In riferimento al comma 9, ritiene che la questione di garantire con risorse aggiuntive - da togliere o da lasciare o da specificare o da dire – e fino a "essenziali di assistenza", ha avuto già sufficiente discussione presso il Ministero della salute, dove si è innescato un discorso sul tema se inserire o meno anche il trend di miglioramento.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Afferma che il Presidente Caldoro sta arrivando per discutere su questo punto perché egli ha partecipato alla discussione, come il Ministro Lorenzin ricorderà, e praticamente ha sostenuto che anche il *trend* di miglioramento di chi è in Piano di rientro debba avere un minimo di attenzione.

Ribadisce che "garantire con risorse aggiuntive" si può anche togliere, ma non crede si debbano cambiare i parametri, su cui si è discusso e su cui si fonda praticamente tutto il Patto per la salute.

Il **Ministro LORENZIN** spiega che la prima stesura di questo emendamento fino "a livelli di assistenza" era già stata fatta, ma se bisogna specificare meglio il senso dell'ultimo tema, è necessario:

- toglierlo, perché abbiamo tutti chiari l'idea di dove vogliamo andare, di qual è l'obiettivo, oppure
- riformularlo, avendo dato una riformulazione che non implica uno sfioramento del fondo.

Il **Sottosegretario LEGNINI** propone una riformulazione, interpretando la proposta dell'assessore Lusenti, aggiungendo al testo: "nell'ambito delle risorse di cui al comma 1".

Il **Ministro LANZETTA** accoglie la proposta.

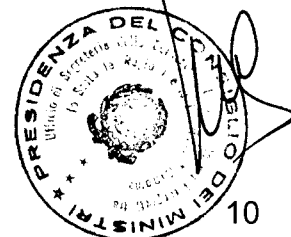
L'**Assessore COLETTO** propone di aggiungere "in forma residuale" al posto di "da garantire con risorse aggiuntive", in quanto, siccome il fondino è lo 0,25, è necessario mettere una limitazione altrimenti si rischia di svuotare tutto quanto il resto ed allora, salta la premialità totalmente.

L'**Assessore MONTALDO** rileva come sia evidente che questo è prevalentemente un problema fra le Regioni, perché è chiaro che le risorse aggiuntive non possono essere oltre quanto stabilito al comma 1 e all'articolo 1, e quindi si deve agire nell'ambito di quella quota di premialità che si è detto qua, e che è stata accolta, andando allo 0,30.

Invita i colleghi a considerare che, avendo già incrementato la quota di premialità, lo 0,30, si è creato un bacino di "x" milioni, coi quali prendere in carico anche le Regioni che hanno un *trend* favorevole, nonostante abbiano i problemi che tutti conoscono. Crede che con questa riformulazione si possa chiudere.

Il **Sottosegretario LEGNINI** risponde di aggiungere anche "Nell'ambito delle disponibilità di cui al comma 1".

L'**Assessore MONTALDO** dichiara di essere disposto a discutere su come formulare il comma 2, dell'articolo 22 perché è evidente che questo punto è inserito sulla base della preoccupazione per la garanzia di poter fornire l'assistenza in molte Regioni, dove il blocco del *turnover* ha determinato lo svuotamento di servizi con causalità e non secondo un criterio. I pensionamenti, infatti, sono oggettivi, e soprattutto vanno via coloro che sono sottoposti a situazioni più stressanti (rianimazione, pronto soccorso, situazioni a rischio).





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Afferma che un rifiuto dell'accogliere questa proposta lo considera una cosa non accettabile perché mette davvero in condizioni di grandissima difficoltà le Regioni, che hanno gli altri vincoli, di cui al comma 5, che già da dieci anni si stanno portando dietro e che ora sono sulla soglia di sicurezza (anzi, un po' sotto).

Il **Sottosegretario LEGNINI** spiega che si insiste sull'eliminazione del comma 2 per una ragione semplice: ove passasse questo testo si avrebbe, sotto il profilo delle dinamiche del *turnover* una totale equiparazione tra le Regioni in Piano di rientro e quelle che non lo sono. Quindi è evidente che occorre trovare un'altra formulazione. Inoltre, i Piani che sono stati presentati, approvati, monitorati subirebbero, per effetto di questa disposizione, una modificazione, determinando problemi evidenti.

Aggiunge, infine, che alcune Regioni stanno per uscire, quindi è un problema abbastanza relativo per il tempo nel quale questo Patto diventerà attuativo ed esecutivo. Su questo punto quindi il Ministero della salute mantiene un parere non favorevole.

Chiede al Ministro quando è possibile riformulare il comma 5 e se può leggere la riformulazione.

Il **Ministro LORENZIN** ritiene sia meglio cominciare dal comma 2.

Il comma 2 riguarda una questione molto importante, che si inserisce all'interno di tutto l'articolo 22. È il tema della gestione delle risorse umane, un tema che riguarderà anche altri aspetti del Patto che sono stati demandati ad apposite Commissioni. C'è un effettivo calcolo del fabbisogno, la necessità di un ricambio generazionale all'interno del sistema sanitario, un tema di riorganizzazione della mobilità attiva, anche nei mezzi di lavoro per garantire i livelli essenziali di assistenza. È evidente che il Ministero della salute ha un doppio binario di problematiche: le problematiche riguardanti le Regioni in Piano di rientro, che hanno sofferto in questi anni una compressione notevole del personale – basta andare nei pronti soccorso da Roma in giù – e le problematiche che poi ricadono anche sulle Regioni che non sono in Piano di rientro e che quindi hanno una capacità di *budget* che viene compressa nella loro capacità programmatica del personale.

Pensa che se si è arrivati, come diceva prima l'assessore Lusenti, fino a questo punto con uno spirito molto costruttivo, è possibile anche immaginare una riformulazione per questo comma in modo da poter far equilibrare entrambe le posizioni, fermo restando che un tema politico che pone sul tavolo della discussione è quello che poi i margini di sblocco del *turnover* che sono garantiti alle Regioni in Piano di rientro vengano effettivamente garantiti. Si tratta di un tema serio in alcune Regioni in cui questo approvvigionamento, anche se è previsto dalla norma e dal tavolo, non viene fatto. Ritiene che questa è una cosa che si può riformulare.

L'**Assessore COLETTI** sottolinea ulteriormente quanto detto dal Ministro: il tema è molto importante e la questione del personale interessa tutti, in particolare le Regioni in Piano di rientro che si stanno svincolando da una situazione critica, ma anche le Regioni che non sono in Piano di rientro.

Evidenzia anche un'altra questione: le Regioni che non sono in Piano di rientro di solito hanno anche una mobilità attiva, che surroga quanto non viene fatto in altre Regioni.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

È chiaro che se le Regioni sopportano il carico di una mobilità, seppure attiva, che viene pagata, per farlo, hanno bisogno di più personale. Diversamente, il sistema sanitario, soprattutto per quanto riguarda il personale, è destinato al collasso. Ora bisogna decidere se si vuole andare verso il collasso o se, con un minimo di elasticità, si possa proporre un rientro in questi parametri in un determinato lasso di tempo che si può concordare.

Il **Sottosegretario LEGNINI** afferma che i problemi che ha posto il Ministro Lorenzin sono assolutamente fondati e che non si possa negare che ci sia questo problema. Il tema è trovare una formulazione che non rimetta in discussione gli obiettivi finanziari dei Piani di rientro.

Il **Ministro LORENZIN** propone la seguente formulazione: "*Fermo restando la disciplina speciale prevista per le Regioni sottoposte a Piano di rientro*".

Il **Sottosegretario LEGNINI** accoglie la proposta, spiegando che essa rispecchia esattamente la finalità della posizione del Ministero della salute.

Il **Vice Presidente STASI** evidenzia che non si risolve il problema delle Regioni in Piano di rientro, che in questo momento è un problema prettamente di tipo sanitario.

Il **Sottosegretario LEGNINI** pone un ulteriore tema, affermando che, se non ricorda male, quei vincoli al *turnover* sono fissati con legge e non sono solo un fatto negoziale.

Il **Ministro LORENZIN** condivide ma precisa che il tavolo tecnico le può sbloccare, in quanto, o le sblocca, o a volte, anche la previsione per legge ha l'effetto contrario.

Il **Sottosegretario LEGNINI** suggerisce di trovare una mediazione, riducendo di un anno il blocco di due anni e mezzo del *turnover* in modo tale che, il blocco automatico del *turnover*, di cui al comma 174, della legge n. 311 del 2004, dovrebbe operare fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica del disavanzo.

Il **Vice Presidente STASI** rileva che, così facendo, non si risolve l'emergenza e che, per risolverla, occorre un intervento normativo.

Rappresenta che, fermo restando quello che è previsto all'interno dei Piani operativi e lasciando invariata la spesa del personale per ogni Regione - e di conseguenza per ogni ASP - si potrebbe prevedere un margine di sblocco che consenta quanto meno di superare l'emergenza, non necessariamente con contratti a tempo indeterminato.

La **Dirigente ADDUCE** dà il proprio contributo per condividere una soluzione: in tema di Piani di rientro, opera la normativa sul costo del personale in generale ed operano delle sanzioni, che sono comminate in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio durante l'anno, e che operano in termini di blocco automatico del *turnover* per due anni e mezzo.





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Questo significa che, se nel 2013 viene verificato un disavanzo – si tratta di disavanzi non coperti, quindi di misure di spesa che eccedono la capacità fiscale regionale – fino al 31 dicembre 2015 opera questa sanzione. La legge, però, contestualmente, dà una possibilità di deroga qualora negli anni successivi, invece, si verifichi una maggiore copertura e quindi un eccesso di copertura, a valere sulle aliquote fiscali. Il comma 80 della legge 191 dà la possibilità di avvalersene in termini migliorativi, a favore dei cittadini, restituendo fiscalità, oppure a favore dell'allentamento del blocco del *turnover*. Insomma, la legge già dà questa possibilità ed essa sta per essere attuata. Afferma che il problema, dunque, è risolvibile anche a legislazione vigente.

Il **Presidente CALDORO** pone un problema di carattere generale: il tema è che si continua a difendere la vecchia normativa, che può essere stata scritta anche bene, ma che nei fatti non ha prodotto i risultati sperati, per vari motivi; non sempre per responsabilità del Ministro dell'economia, come è noto.

Informa che vi sono Regioni bloccate addirittura dal 2011. Quindi, finché non si dà autonomia sulla gestione del *turnover* alle Regioni, la situazione non si risolverà. Sarebbe stato sufficiente avere quello che il Governo ha pattuito nei tavoli con le Regioni sulle deroghe 11, 12, 13 e 14, sulle quali crede che si è avuto accesso reale sotto al 10 per cento complessivo, perché il meccanismo non funziona in quanto vi sono troppi attori coinvolti in questo processo che non sono utili al processo medesimo.

E' convinto che, sebbene la vecchia norma permetteva di fare qualcosa, sul piano pratico non è stato possibile realizzarla, e quindi è necessario trovare nuove soluzioni normative. Spiega che non si chiede una cosa diversa da quella prevista nelle buone intenzioni delle vecchie norme ma si dà, oggettivamente, una autonomia alle Regioni, ossia, in particolare, si spiega con il Piano di rientro che le Regioni hanno raggiunto l'equilibrio economico e finanziario, che se è quello che devono fare lo fanno e basta, come lo fanno tutte le altre Regioni italiane, e non passano attraverso una serie di procedimenti che di fatto non riescono a raggiungere l'obiettivo.

Non sa spiegarsi ancora come, per esempio, in alcuni casi deroghe acquisite, accertate e valutate non riescono ad essere sbloccate per mille farraginosi motivi.

Invita a dare autonomia alle Regioni, indicando quale sia il controllo e gli obiettivi, ma ritiene che, nell'ambito di quegli obiettivi, lo sblocco del *turnover* è di autonomia della Regione. Crede che questo sia il senso dell'accordo sul Patto e che, se si concorda su questo principio, la norma si scriverà.

Il **Ministro LORENZIN** interviene per dare uno spunto di riflessione.

Le Regioni che hanno già raggiunto l'equilibrio finanziario e di bilancio sono sottocommissariamento perché ancora non hanno raggiunto i livelli essenziali di assistenza. Ma spesso non riescono a raggiungere i livelli essenziali di assistenza, perché non hanno gli strumenti per poterlo fare. Quindi, è un po' il cane che si morde la coda.

Allora, senza che questo voglia dire che si possa aprire una nuova stagione delle assunzioni facili o di iperconcorsi, su cui ancora si sta pagando lo smaltimento del personale, si potrebbe introdurre nel patto meccanismi di razionalità e di controllo.

Nel patto ci sono meccanismi di controllo centralizzato sulla quantità, la qualità e gli strumenti di erogazione. Inoltre, vi è il tavolo, che di fatto verifica dal punto di vista finanziario lo stato di salute di tutte le Regioni, più un precedente Tavolo, per cui crede che gli strumenti di controllo ci siano.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Ritiene che adesso si debba cercare di fare un passo in avanti rispetto ai LEA, che è il tema vero di questa seconda stagione del sistema sanitario. Oggi il vero tema è quello di garantire livelli essenziali sempre più forti.

Se questo è lo spirito e si riesce a trovare una formulazione che raccolga questi due aspetti, senza porre il problema dal punto di vista del controllo finanziario, forse si può anche emendare in modo da raggiungere questo obiettivo.

La **Dirigente ADDUCE** chiede conferma sul fatto di aver ben compreso il messaggio del Presidente Caldoro che ha inteso così: le Regioni avranno una dote finanziaria per effettuare delle assunzioni, ma vogliono avere la possibilità di decidere da sole. Quindi, il messaggio da decodificare è: le Regioni sono in grado di assicurare e di capire da sole dove i LEA sono carenti e di affrontare prioritariamente queste questioni. È un messaggio che viene rivolto al Governo e, in particolare, ai Ministeri della salute e dell'economia: le Regioni non hanno bisogno di essere monitorate *ex ante* su questa capacità di assunzione.

Il **Presidente CALDORO** spiega di aver detto una cosa diversa.

Premette che capisce che, quando non c'è l'equilibrio economico e finanziario, il tema del *turnover* è un tema che ha una sua rilevanza ma, come ribadito più volte, purtroppo quando si è in una situazione di "sottorganico", con gli effetti di straordinario convenzionamento e autoconvenzionamento, si spendono più risorse finanziarie sul personale mentre, se venisse applicato il *turnover*, si spenderebbe di meno.

Quindi, c'è un'interpretazione un po' troppo rigida: se *turnover* significa che una Regione prenderà più personale e gli effetti non sono sulla sanità ma sulla previdenza, allora si segue il ragionamento del Governo, però, non ritiene che in questo modo si stia parlando di sanità.

E' ormai acclarato che, se si assume, si spende meno: questo è stato più volte scritto e documentato da parte delle Regioni.

Sul secondo punto, precisa che, nel momento in cui è raggiunto l'equilibrio economico e finanziario, non si capisce per quale motivo non si debba rientrare, tranne che per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi. Se una Regione ha raggiunto l'equilibrio economico e finanziario, dovrebbe poter rientrare, pur essendo poi monitorata, verificata, eccetera, in quello che fanno tutte le altre Regioni italiane. Dovrebbe poter accedere, farsi un suo piano, chiaramente motivato, spiegato, come si dovrebbe poter fare un piano di assunzioni, per recuperare quei ritardi che sono evidenziati nei tavoli richiamati dal Ministro Lorenzin.

Il **Sottosegretario LEGNINI** fa notare come ci si stia avvicinando all'obiettivo e che la legislazione vigente già prevede quanto detto dal Presidente Caldoro. Chiede quindi alla dottoressa Adduce di entrare nel merito della questione.

La **Dirigente ADDUCE** spiega che il comma 80 prevede che, se ci sono risultati di gestione migliori, la Regione può scegliere fra incamerare le tasse oppure avvalersene sul *turnover*.

Il **Sottosegretario LEGNINI** prega il Ministro Lorenzin di rivalutare la possibilità di accorciare quel periodo temporale. Crede che gran parte delle Regioni siano fuori, tranne il Molise e quindi è necessario un piccolo sforzo per trovare una formulazione, tanto più che, in questa fase, non si tratta di scrivere la norma.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il **Presidente CALDORO**, pur ritenendo giusto tentare di trovare tutte le formulazioni migliori, crede che l'attuale formulazione sia la migliore, proprio in virtù di quanto detto dal Sottosegretario Legnini.

Il **Ministro LORENZIN**, accogliendo quanto suggerito dal Sottosegretario Legnini, chiede al rappresentante del ministero dell'economia e delle finanze di conoscere la proposta precisa di formulazione.

Il **Sottosegretario LEGNINI**, precisando che il ministero dell'economia e delle finanze è disponibile a valutare eventuali proposte di riformulazioni migliorative, propone il seguente testo: «*Il blocco automatico del turnover di cui al comma 174 della legge n. 311 operi fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica del disavanzo*».

Precisa che, quindi, solo per le Regioni per le quali persiste uno stato di squilibrio, di disavanzo, vi è il blocco del *turnover*, non già per due anni e mezzo, ma per un anno e mezzo. Chiede di valutare se si ritenga necessario esplicitare meglio che le Regioni che hanno raggiunto l'equilibrio finanziario, ma sono ancora in Piano di rientro, rientrano nel comma 2, così come proposto.

Chiarisce infine che, nella stesura della nuova riformulazione, è necessario tener presente che però ci sono anche alcuni problemi normativi e che, pertanto, è bene lasciare un margine di valutazione nella stesura della norma finale.

L'**Assessore MONTALDO** pone l'attenzione sulla riformulazione del comma 5 dell'articolo 22.

Precisa che le Regioni avevano considerato che l'equilibrio economico fosse una garanzia, com'è stato fino adesso, per poter gestire le dinamiche e che è chiaro che tutto ciò riguarda le Regioni più virtuose, tutte nel pacchetto delle cinque del *benchmark*.

Denuncia il rischio di creare, in queste Regioni, un problema di tensione occupazionale: se si va a una compressione del numero dei dipendenti, ancorché graduata, per raggiungere il livello del 2004 (-1,4), si determina una compressione ancora più forte.

Lascia la parola all'Assessore Lusenti.

L'**Assessore LUSENTI** dichiara che, da quando esiste la norma tutte le Regioni in equilibrio sono state autorizzate a derogare dalla norma, perché garantivano l'equilibrio e che, in ogni caso, l'effetto prodotto è stato che non rispettavano la norma ed erano autorizzate a farlo.

Chiede quindi quale sia la ragione per la quale nell'anno in cui il fondo cresce più che negli ultimi quattro anni messi insieme, si debba adottare, per le Regioni che sono da sempre in equilibrio e lo garantiscono tuttora, una norma che produce un effetto insostenibile.

Fornisce i dati della Regione Emilia-Romagna, a scopo esemplificativo: nel 2013, il costo del personale del servizio sanitario dell'Emilia-Romagna per garantire i livelli di assistenza in modo assolutamente completo, è stato pari a 2,956 miliardi di euro - 330 milioni di euro più che nel 2004. Se si fosse dovuto rispettare la norma e cioè recuperare quei 330 milioni di *gap* sul costo del personale che valgono un decennio, la Regione Emilia Romagna dovrebbe non bloccare il *turnover*, ma mettere in mobilità migliaia di persone.





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Chiede perché si debba produrre un effetto di questo tipo, talmente insostenibile per una Regione in equilibrio e che cosa garantisce i LEA, quando l'equilibrio è garantito comunque.

Domanda quale sia il ragionamento di fondo, al di là di un rigido rispetto di una norma che non è stata rispettata, da quando esiste, dalle Regioni in equilibrio.

Pensa che se ci si ferma in questo modo su un punto come questo è difficile arrivare al termine dell'accordo, perché vuol dire che invece di risolverli i problemi si vogliono creare.

L'**Assessore MARRONI** si associa a quanto detto dall'assessore Lusenti sulle Regioni che comunque si sono organizzate, hanno trovato un loro equilibrio economico, sono efficaci per i LEA ed hanno dei modelli organizzativi che funzionano. Afferma che il tema centrale sia che non vi è motivo di andare a porre in evidenza un teorico obiettivo sul personale nel momento in cui tutto viene garantito, quando non sembra che ce ne sia bisogno in quanto si è di fronte a un *trend* di crescita del fondo.

Il **Presidente MARINI** precisa che la posizione espressa dall'Assessore Marroni è comune a tutte le Regioni che sono in equilibrio e che la cosa grave che non viene valutata è che queste Regioni, che garantiscono livelli essenziali di assistenza e di equilibrio, spesso non riescono a garantire il *turnover*, inspiegabile su servizi fondamentali, ingiustificabile perché le Regioni hanno la capacità di spesa, sono in equilibrio e si preoccupano dell'efficienza dei servizi, per continuare ad erogare servizi fondamentali.

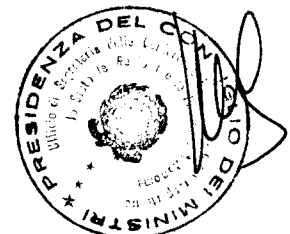
Spiega che le opere di razionalizzazione, anche riguardanti il personale, sono state già fatte, altrimenti esse non sarebbero state in equilibrio, e che il personale rimasto non può essere sottratto ai servizi fondamentali: i punti di pronto soccorso, le rianimazioni, i servizi territoriali centrali, che spesso sono anche singole unità.

L'**Assessore MONTALDO** aggiunge che tutto ciò ha una ripercussione anche sull'acquisto dei servizi, perché le prestazioni che non si daranno col personale diretto, le Regioni le dovranno fornire con l'acquisto di servizi di privati, mentre il convenzionato viene tagliato. Chiede se si voglia andare verso una spinta ulteriore di privatizzazione.

Il **Ministro LORENZIN**, anche se la questione ha riguardato particolarmente il dibattito tra il ministero dell'economia e le Regioni, vuole dare una visione di insieme del sistema sanitario.

Spiega che tale aspetto è frutto di una norma avvenuta durante la finanziaria del 2011, quando è sorta la necessità di recuperare risorse sul personale della pubblica amministrazione. Da quel momento a oggi, le Regioni hanno avuto un perdita del fondo di circa 25 miliardi, che è ancora in atto, ed inoltre c'è stata una compressione delle strutture di personale che ha dato dei problemi - alcuni dei quali sono già stati indicati - come il fatto degli straordinari non pagati, delle sanzioni in atto con la Comunità europea per i turni di riposo non effettuati e per altre questioni che riguardano i livelli di servizio.

Oltre a ciò, c'è un altro aspetto che è necessario tenere in conto: la precarizzazione del lavoro che va avanti con contratti a tempo determinato ed il fatto che si avrà, nei prossimi anni, la famosa curva pensionistica, cioè andranno in pensione 21.000 medici.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il Ministero della salute, sta riprogrammando una serie di questioni correlate che coinvolgono l'economia, la salute, i numeri chiusi all'Università, alla Facoltà di Medicina, ecc. tenendo insieme una visione globale del personale e considerando che comunque sono già state adottate misure che hanno ridotto il personale rispetto ai numeri degli abitanti.

Crede dunque che sarebbe opportuna una riconsiderazione, da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, di questo emendamento, alla luce di una riorganizzazione complessiva dei fabbisogni e del fatto che, nei successivi due anni, si avranno già 6.000 medici pensionati, senza contare gli altri operatori sanitari. Riferisce inoltre che la norma non interagisce sulle pensioni e che quindi non c'è una sostituzione automatica.

Aggiunge che i meccanismi di controllo e di verifica, per cui l'autonomia delle Regioni non crea uno splafonamento nella riprogrammazione, è già effettuato nel momento in cui lo Stato e le Regioni decidono insieme la programmazione dei medici. Quindi, già si ha uno strumento di controllo, a monte, con il quale definire, per i prossimi anni, quanto personale sanitario si è disposti a immettere nel sistema. Ritiene che, su questa definizione si deve costruire un sistema che si tiene insieme.

Il **Ministro LANZETTA** comunica che a causa di improrogabili impegni al Consiglio dei Ministri, cede la presidenza del tavolo al Sottosegretario Bressa.

L'**Assessore GARAVAGLIA** fa una precisazione di metodo: mantenere il testo nel documento che è arrivato, con le proposte formulate nell'odierna seduta.

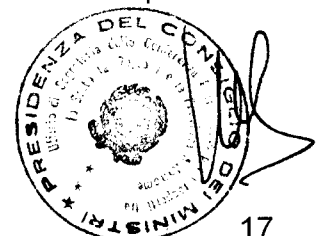
Il **Sottosegretario LEGNINI**, precisando che il vincolo che dovrebbe per legge diventare operativo nel 2015, risale al 2004, crede che si possa arrivare ad un differimento del termine finale al 2020 e stabilire un principio di gradualità. Propone però di non definire nell'odierna seduta quale sia questa gradualità dall'anno 2015 al 2020 ma di fare una ricognizione più puntuale della situazione durante l'attività di traduzione normativa.

Ritiene che negare questa posizione sia sbagliato ed accettare l'idea che non ci sia nessun vincolo sia un principio che è esattamente contrario a ciò che il Governo sta dicendo su tutto il resto del settore pubblico.

L'**Assessore GARAVAGLIA** ritiene ragionevole la proposta.

L'**Assessore MONTALDO** afferma di apprezzare la mediazione, tuttavia aggiunge che con il patto si sta cercando di andare su un terreno che non è solo economico, ma è anche di appropriatezza. Il provvedimento, nel 2004, nasceva in un momento disastroso, quindi sono state prese delle misure, in ordine ai bilanci della sanità, senza una logica che indichi una cifra che corrisponda alle esigenze di personale per garantire i LEA; da qui sono scaturite le ragioni per le quali tutte le Regioni hanno avuto il Piano di rientro.

Propone, quindi, di assumere l'impegno, insieme a questa proroga che condivide, di definire, nell'ambito dell'attuazione del patto, delle modalità anche comparative, anche rispetto a valori standard di confronto fra le Regioni che consentano di definire quali sono i livelli di personale necessari, invece di affidarli semplicemente a una norma economica.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

L'Assessore GARAVAGLIA puntualizza la possibilità di ogni singola Regione di organizzarsi come meglio crede.

Precisando che si sta parlando di Regioni che non hanno mai creato problemi al bilancio pubblico, chiede se sia giusto, ad esempio, considerare un parametro del 2004 quando, nel frattempo, la popolazione è cresciuta di un milione di abitanti.

Il Sottosegretario LEGNINI precisa che il parametro deve essere rivisto.

L'Assessore MONTALDO propone di rivederlo con un criterio diverso.

L'Assessore GARAVAGLIA suggerisce di non porre in discussione il tema ma di sanarlo.

L'Assessore COLETTO aggiunge che va tenuto conto anche della produzione, cioè del numero dell'erogazione delle prestazioni che vengono fatte.

Il Sottosegretario LEGNINI propone di inserire "che si proroghi per cinque anni, che si preveda un percorso graduale e che dentro questo percorso si dovrà ridiscutere con una ricognizione tecnica" oppure considerare il vincolo del 2004.

L'Assessore LUSENTI accetta la mediazione, in considerazione del fatto che tutti stanno facendo uno sforzo per arrivare al raggiungimento dell'accordo.

L'Assessore MONTALDO chiede maggiori delucidazioni al riguardo.

Il Sottosegretario LEGNINI spiega che è necessario evitare che il lavoro sulla *spending*, che sta facendo un commissario nominato dal Governo, venga svuotato e quindi si deve contemperare programmazione e valutazione per quel che riguarda il servizio sanitario, con l'attività e i principi che orientano l'attività di Cottarelli.

Afferma, quindi, che la riformulazione sostanzialmente è la seguente: «Per il periodo di vigenza dal presente Patto è istituito presso l'Agenzia per i servizi sanitari un tavolo tecnico interistituzionale, a supporto del tavolo politico, cui è affidato il compito di monitoraggio e verifica sull'attuazione di tutti i provvedimenti di cui al presente Patto e sulle eventuali misure di revisione della spesa (una forma "sanitaria"), con la partecipazione delle Regioni, secondo modalità condivise», in modo da concertare queste misure di *spending*.

Il Ministro LORENZIN, in riferimento al comma sull'attività del tavolo, propone la seguente riformulazione: «A tale tavolo è demandato anche il monitoraggio dell'andamento e dell'applicazione delle misure di revisione di spesa in campo sanitario individuate dal Governo», togliendo tutto il resto.

Si da vita ad un gruppo ristretto Stato - Regioni volto alla redazione di un documento contenete la formulazione degli emendamenti fin qui discussi (ALL. 1b) (N.d.R)

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- **SANCISCE INTESA** tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini sotto indicati:

PREMESSE ISTITUZIONALI

La sottoscrizione del nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 si inserisce, com'è ben noto, in un contesto generale economico, politico e sociale caratterizzato da un'estrema complessità e, nel settore sanitario, nell'ambito dell'attuale assetto di riparto di competenze tra Stato e Regioni.

Il nuovo Patto 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 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.

In tale direzione va potenziato l'intero sistema di *governance* della sanità. Occorrono strumenti forti e necessari per assicurare la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, per garantire l'equità e l'universalità del sistema, nonché i Livelli essenziali di assistenza (LEA) in modo appropriato ed uniforme.

Dovranno, altresì, essere rivisti gli assetti organizzativi dei servizi sanitari 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 ed alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all'area tecnico-professionale.

Vanno quindi definite le regole rafforzando e qualificando la sinergia e la cooperazione fra Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e le Regioni.

Da questo quadro istituzionale discendono le disposizioni del presente Patto. Esse testimoniano 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 della sanità. Il nuovo Patto ha l'ambizione di considerare il Sistema salute con 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. Grazie alla interazione tra le istituzioni interessate si persegue l'obiettivo, da un lato, di monitorare il prezzo dei farmaci e dei dispositivi, dall'altra di offrire i migliori prodotti per la salute dei cittadini e, nel contempo, di promuovere lo sviluppo del settore.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il nuovo Patto della salute andrà monitorato nella sua attuazione con senso di responsabilità e in un rapporto di leale collaborazione fra le parti, attraverso un Tavolo politico permanente fra la il Governo e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, 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.

ART.1

Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali- costi standard e Livelli Essenziali di Assistenza

1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2014-2016, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato:

- è confermato in 109.928.000.000 euro per l'anno 2014;
- è fissato in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico, nel qual caso si rimanda a quanto previsto all'articolo 30 comma 2;

2. Il riparto delle predette disponibilità finanziarie deve tenere conto dell'Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 19 dicembre 2013 ossia la necessità di rivedere e riquilibrare i criteri di cui all'articolo 27 del d.lgs 68/2011 sulla "determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali", tenendo conto del trend di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità e attraverso nuove modalità di pesature, da definire entro il 31 luglio 2014, secondo i criteri già indicati dall'art.1 comma 34, della Legge 662/96.

A tal fine, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome dà attuazione a quanto previsto dall'Accordo del 19 dicembre 2013, di cui al periodo precedente, a valere dall'anno 2014. In ogni caso la revisione dei criteri non può mettere in discussione il principio dei costi standard.

3. Nell'ambito delle disponibilità di cui al comma 1, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri adottato, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, si provvede, entro il 31 dicembre 2014, all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica.

4. I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie.

Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009, si conviene altresì che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

5. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano possono utilizzare la quota complessiva annua spettante a valere sul riparto della quota vincolata degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte dal Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate a tali aree di attività. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie.

Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purchè dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea.

6. A decorrere dall'anno 2014, con riferimento alle quote a destinazione vincolata individuate dalle seguenti leggi speciali:

- legge 31 marzo 1980, n. 126 (hanseniani) e legge 27 ottobre 1993, n. 433 (rivalutazione del sussidio);
 - legge 5 giugno 1990, n.135 (AIDS);
 - legge 23 dicembre 1993, n.548 e legge 14 ottobre 1999, n.362 (fibrosi cistica);
 - decreto legislativo 16 luglio 2012, n.109 (emersione lavoro stranieri)
- gli specifici criteri di riparto ivi stabiliti sono sostituiti dalla quota di accesso derivante dalla ripartizione del fabbisogno sanitario indistinto standard regionale, da ripartirsi secondo quanto indicato al comma 2 del presente articolo.

Al fine di velocizzare e semplificare l'attribuzione alle regioni delle risorse destinate al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, le restanti quote vincolate per il finanziamento delle finalità di cui alle seguenti leggi:

- articolo 5 del decreto-legge 8 febbraio 1988, n.27 convertito nella legge 8 aprile 1988, n.109 (borse di studio dei MMG);
- articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n.286 (extracomunitari irregolari);
- articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n.448 (fondo esclusività);

vengono ripartite alle regioni annualmente in sede di predisposizione della proposta di riparto della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale. Per gli importi delle singole linee di finanziamento ed i relativi criteri di riparto, si fa riferimento all'ultimo atto formale disponibile relativo a ciascuna delle specifiche proposte di riparto, su cui è stata acquisita la prevista Intesa da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, operando i relativi aggiornamenti dei dati presi a riferimento, laddove disponibili alla data di predisposizione della predetta proposta di riparto.

Con riferimento alle quote vincolate per il finanziamento delle finalità di cui alle seguenti ulteriori leggi nazionali:

- Articolo 7 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n.230 (medicina penitenziaria per i tossicodipendenti);
- Articolo 2 comma 283 della legge 24 dicembre 2007, n.244 e s.m. (medicina penitenziaria);





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- **Articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n.9 e s.m.i. (superamento OPG) in fase di prima applicazione, per l'anno 2014 il relativo riparto alle singole regioni e province autonome viene effettuato sulla base dei criteri definiti nell'ultimo atto formale disponibile relativo a ciascuna delle specifiche proposte di riparto, su cui è stata acquisita la prevista Intesa da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, operando i relativi aggiornamenti dei dati presi a riferimento, laddove disponibili alla data di predisposizione della predetta proposta di riparto. Dall'anno 2015, il riparto delle singole linee di finanziamento dovrà tenere conto di eventuali modifiche dei criteri di riparto individuate nell'ambito del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di cui all'allegato A del DPCM 1° aprile 2008, da approvarsi con apposito accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, operando i relativi aggiornamenti dei dati presi a riferimento, laddove disponibili alla data di predisposizione della predetta proposta di riparto.**
- Restano vincolate in favore degli altri enti (CRI, Cassa Depositi e Prestiti, Istituti zooprofilattici sperimentali, Università per il concorso del finanziamento dei trattamenti in favore dei medici specializzandi, Centro Nazionale Trapianti) le risorse individuate dalle leggi specifiche per le finalità ivi previste.**
- Il Governo, in sede di predisposizione delle necessarie modifiche normative, si impegna a precisare che gli specifici obiettivi delle leggi che confluiscono dovranno essere mantenuti, tenuto conto dei fabbisogni emergenti per singola realtà regionale.**
- 7. Resta, altresì, stabilito che le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano devono garantire una programmabilità degli investimenti da effettuarsi nel proprio ambito territoriale, attraverso la predisposizione di piani annuali di investimento accompagnati da un'adeguata analisi dei fabbisogni e della relativa sostenibilità economico-finanziaria complessiva, da attuarsi anche in sede di predisposizione del previsto piano dei flussi di cassa prospettici di cui all'articolo 25 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n.118 (cosiddetta analisi fonti-impieghi).**
- 8. Il Ministro della salute, in attuazione dell'articolo 30 del decreto legislativo n.68 del 2011 presenta alla Conferenza Stato-Regioni, per la prevista Intesa, entro il 31 dicembre 2014, un documento di proposte per implementare un sistema adeguato di valutazione della qualità delle cure e dell'uniformità dell'assistenza sul territorio nazionale ai fini del monitoraggio costante dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi, nonché degli adempimenti di cui all'articolo 27, co. 11 del decreto legislativo n.68/2011.**
- 9. Si conviene che, con il decreto previsto dall'articolo 2, comma 67 bis, della legge 23 dicembre 2009, n.191, da adottarsi entro il 31 ottobre 2014, sono stabiliti, nell'ambito della disponibilità di cui all'articolo 15, comma 23, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ulteriori criteri condivisi per le forme premiali, che riguardano anche le Regioni che hanno assicurato trend di miglioramento ivi compresi quelli riguardanti l'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza, nell'ambito delle disponibilità finanziarie di cui al comma 1.**





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ART. 2

Mobilità transfrontaliera

1. Al fine di garantire una omogenea applicazione in tutte le Regioni del decreto legislativo D.Lgs 4 marzo 2014 n.38, recante "Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, nonché della direttiva 2012/52/UE, comportante misure destinate ad agevolare il riconoscimento delle ricette mediche emesse in un altro stato membro", si conviene di procedere ad una tempestiva adozione delle linee guida previste dall'articolo 19, comma 3, del suddetto decreto legislativo, entro il 31 ottobre 2014, adottando una modalità di progressiva implementazione delle stesse, al fine di fornire tempestivamente le istruzioni più urgenti in fase di prima applicazione, riguardanti in particolare i criteri di autorizzazione e rimborso e le relative procedure amministrative, garantendo successivamente ulteriori indicazioni ed aggiornamenti anche in base alle problematiche rilevate dalla casistica trattata.

2. Si conviene altresì di procedere all'analisi sistematizzata, ai fini di una loro eventuale revisione e/o modificazione, e/o integrazione, delle norme che consentono il ricorso all'assistenza sanitaria all'estero, attesa la complessa applicazione delle stesse in modo omogeneo sul territorio nazionale e al fine di offrire le massime garanzie di tutela ai cittadini e realizzare nel contempo un costante monitoraggio della mobilità internazionale, per individuare e contenere fenomeni di ricorso inappropriato alle cure.

Ai fini di quanto sopra, si conviene di istituire un apposito gruppo di lavoro Ministero della salute, Agenas e Regioni per l'esame delle suddette norme, a partire dal decreto legislativo del 4 marzo 2014 n. 38, ai Regolamenti CE 883/2004 e 987/2009 e la legge n.595/1985 e dai relativi provvedimenti di attuazione, e per la formulazione di eventuali proposte da approvarsi in sede di Conferenza Stato-Regioni, entro il 31 dicembre 2014.

3. Si conviene che le Regioni si impegnano a istituire, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, avvalendosi delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, *contact-point* regionali, in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n.38 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, per consentire un efficace scambio di informazioni con il Punto di contatto Nazionale, istituito presso il Ministero della salute ai sensi del medesimo decreto legislativo, per consentire al paziente di compiere una scelta informata più adeguata al suo caso clinico.

ART. 3

Assistenza Ospedaliera

1. Si conviene, sull'adozione del regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, previa intesa con la Conferenza Stato Regioni, in attuazione 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.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

2. Si conviene di stipulare entro il 31 ottobre 2014 l'Intesa Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003 n.131, sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente.

3. In coerenza e a sviluppo di quanto previsto dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 10 febbraio 2011, e in linea con i principi di riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera contenuti nel suddetto Piano, si conviene sulla necessità di definire entro sei mesi dalla stipula del presente Patto, un documento di indirizzo che individui criteri di appropriatezza di utilizzo dei vari setting riabilitativi, per garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa.

ART. 4

Umanizzazione delle cure

1. Nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

2. In coerenza con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014 sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, a decorrere dal 2013 e per tutta la vigenza del presente Patto, il Ministero della salute propone un documento contenente gli ambiti prioritari di intervento al fine di dare attuazione all'umanizzazione delle cure, da sancire con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs 28 agosto 1997 n. 281.

3. Si conviene di predisporre un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente alle seguenti aree assistenziali: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare.

4. Al fine di monitorare il grado di soddisfazione dei cittadini è previsto l'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita. Tali strumenti, omogenei e condivisi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, dovranno essere utili a valutare eventuali scostamenti della percezione della qualità erogata rispetto alla qualità "progettata" e consentire l'avvio delle coerenti azioni di miglioramento nello specifico contesto dell'umanizzazione delle cure.

ART.5

Assistenza territoriale





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

1. Al fine di promuovere un modello multiprofessionale ed interdisciplinare, le Regioni, nell'ambito della propria autonomia decisionale ed organizzativa, istituiscono le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN come previsto dal comma 2 dell'art. 1 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti degli ACN e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

2. Le UCCP costituiscono forme organizzative complesse, che operano in forma integrata all'interno di strutture e/o presidi individuati dalle Regioni, con una sede di riferimento ed eventuali altre sedi dislocate sul territorio. Il carattere multiprofessionale delle UCCP è garantito dal coordinamento tra le diverse professionalità, con particolare riguardo all'integrazione tra la medicina specialistica e la medicina generale. Le UCCP possono avvalersi, qualora previsto dalla programmazione regionale, di professionisti accreditati ai sensi della normativa vigente, nei limiti dei contratti stipulati dalla Regione e dalle Asl ai sensi dell'art. 8 quinquies del d.lgs. 502/92 e s.m.i., e nel rispetto dei vincoli di spesa previsti dalle disposizioni vigenti.

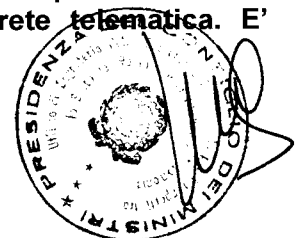
3. Ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP. Le AFT della medicina generale, che coprono un bacino di utenza riferito a non più di 30.000 abitanti, rappresentano l'insieme dei professionisti che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti del singolo medico.

Entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, e comunque non oltre la vigenza del presente Patto, le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni (di cui all'art. 54 dell'ACN 2009).

4. La UCCP è una forma organizzativa complessa ed è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT e i medici di Medicina Generale nonché i Pediatri di Libera Scelta che le compongono, garantendo: l'accoglienza, la collaborazione e l'integrazione tra i professionisti e gli operatori (sanitari, sociosanitari e sociali), la condivisione e l'applicazione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze con chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità, un approccio proattivo e di iniziativa nei confronti dei malati cronici, la partecipazione responsabile dei Medici di Medicina Generale ed dei Pediatri di Famiglia nel governo della domanda e nell'organizzazione dei servizi, alla sostenibilità economica.

5. La UCCP è di norma organizzata in sede unica, pur potendo prevedere sedi accessorie opportunamente collegate attraverso un'adeguata rete telematica. E' integrata nella rete telematica aziendale e/o regionale.

Le UCCP e le AFT hanno come compiti essenziali:





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale tramite le AFT, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto),
- garantire la continuità dell'assistenza mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del FSE;
- garantire l'accessibilità all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della Medicina Generale.
- garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni (relazionale, gestionale ed informativa), prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera.

6. La UCCP ha un assetto organizzativo definito ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali in materia, è parte fondamentale ed essenziale del Distretto, integrandosi all'interno della rete dei servizi distrettuali ed aziendali e permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale.

7. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, le Regioni provvedono a 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 della cronicità.

8. Sono definiti tramite Accordi Stato-Regioni i nuovi standard organizzativi del Distretto in grado di orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale, e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini al fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate dai professionisti convenzionati nell'ambito delle UCCP e AFT e dagli altri servizi territoriali, consentendo di assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo così a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al DEA.

9. Nell'ambito dei processi di attivazione delle AFT e delle UCCP, alla luce di quanto sancito dall'Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012, dovrà essere prevista a livello distrettuale una figura medica formata ed esperta sulle tematiche legate alla terapia del dolore.

10. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014 e in riferimento all'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011 (Rep. Atti N.44/CU), al fine di migliorare la qualità dell'assistenza delle persone in condizione di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase degli esiti, le Regioni provvedono a definire soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata, che di assistenza residenziale in Speciali Unità di Accoglienza Permanente.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

11. Per la verifica della reale attuazione della riorganizzazione delle cure primarie e per il monitoraggio della appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza dell'erogazione dell'assistenza, la Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi, il periodico aggiornamento nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito delle cure primarie, anche attraverso l'utilizzo delle infrastrutture del sistema Tessera sanitaria, di cui all'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, senza ulteriori oneri a carico della contrattazione nazionale per la medicina generale, per la pediatria di libera scelta e per la specialistica ambulatoriale, nonché dei pertinenti accordi integrativi. Resta fermo quanto previsto in materia di interconnessione a livello nazionale dei flussi informativi su base individuale dall'articolo 15, comma 25-bis, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

12. Con riferimento alla decisione europea per l'attivazione del numero 116.117 dedicato al servizio di cure mediche non urgenti, al fine di armonizzare la situazione italiana con quella di altri paesi europei, il Ministero della Salute chiede all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni ai sensi dell'art. 14 della Delibera 52/12/CIR, l'assegnazione del numero a valenza sociale, "116-117", per il Servizio di Guardia Medica non urgente. Con apposito Accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute, saranno definite le modalità e i tempi per la realizzazione del numero unico "116-117" su tutto il territorio nazionale; successivamente le Regioni - in quanto Enti utilizzatori del numero- provvederanno ad effettuare tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo.

13. In continuità con quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 20 febbraio 2014, con riferimento all'integrazione tra sistema di emergenza urgenza e servizi di continuità assistenziale, le Regioni adottano specifici provvedimenti, per assicurare percorsi differenziati coerenti per l'assistenza in emergenza urgenza e per la gestione dei codici di minore gravità, ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013.

14. Le Regioni, sulla base della propria programmazione e tenendo conto dei diversi livelli di servizio, provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di forme organizzative di cui alla lettera b-bis), dell'articolo 1, comma 4 della legge n.189 del 2012 sulla base dell'ACN e dei conseguenti accordi regionali e aziendali, anche riutilizzando le risorse precedentemente destinate alla remunerazione dei fattori produttivi.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

15. Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali con una visione che assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di *governance* responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo.

16. Al fine di assicurare la progressiva qualificazione ed efficientamento delle reti di assistenza territoriale, le Regioni sviluppano indicatori di processo, che tengano comunque conto delle specificità di contesto delle singole realtà locali.

Presidi territoriali/Ospedali di comunità

17. Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, si fa riferimento a quanto rappresentato al punto 10.1 Ospedali di comunità di cui allo schema di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.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", e si conviene di stipulare, entro il 31 ottobre 2014, un'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi di tali presidi, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano:

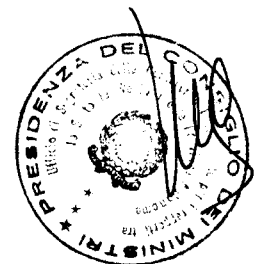
- di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare),

- di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio,

L'intesa definisce altresì gli appropriati percorsi clinico-assistenziali, autorizzativi e tariffari di tali strutture, nonché gli standard dei posti letto territoriali.

18. La Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi e il periodico aggiornamento nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dei Presidi Residenziali di Assistenza Primaria Ospedali di comunità.

Specialistica ambulatoriale





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

19. In vista dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, nei termini di cui al comma 2 dell'articolo 1 resta confermato che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, è integrata dalle Regioni e dalle Province Autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati al Patto per la salute 2010-2012.

Si conferma che le Regioni e le Province Autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero, previo il loro inserimento nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale con specifica definizione e relativo codice, in regime ambulatoriale. Ai fini dell'inserimento nel nomenclatore, le Regioni e le Province Autonome provvedono a individuare per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni la definizione, la codifica, le eventuali limitazioni all'erogazione (H, R, ecc.) e, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero, provvedendo alla trasmissione telematica di tali informazioni al Sistema Tessera Sanitaria e tenendo conto dei procedimenti di controllo (ex DM 11/12/2009) delle eventuali esenzioni dalla compartecipazione alla spesa.

20. Il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e le Regioni istituiscono un tavolo di lavoro per rendere omogenea la codifica delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e per aggiornare e ottimizzare il sistema di rilevazione e trasmissione delle informazioni riguardo le prestazioni erogate, allo scopo di consentire la corretta lettura ed interpretazione dei dati relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale inseriti dalle Regioni nel Sistema Tessera Sanitaria ai sensi dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326. Tale tavolo di lavoro individuerà anche le modalità per la trasmissione telematica al NSIS dei tariffari regionali e dei relativi aggiornamenti.

Piano nazionale della cronicità

21. Al fine di definire le principali linee di intervento nei confronti delle principali malattie croniche, il Ministero della salute, entro il 31 dicembre 2014, predisponde il "Piano nazionale della cronicità" da approvare con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Sistema informativo sulle prestazioni delle strutture territoriali della riabilitazione

22. La Cabina di regia del NSIS, ai sensi dell'articolo 3 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, determina le modalità e i tempi di realizzazione, i contenuti informativi e il periodico aggiornamento del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni di riabilitazione effettuate in strutture territoriali, comprese le strutture ex articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Assistenza sanitaria nelle isole minori





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

23. Al fine di monitorare i livelli di assistenza erogati nei comuni delle piccole isole, in accordo con le Regioni interessate, è istituito, entro il 31 dicembre 2014, con specifico Accordo Stato Regioni, l'Osservatorio nazionale per la verifica dell'assistenza sanitaria erogata nelle isole minori sulla base di documento tecnico che ne definisca le caratteristiche e le funzioni, elaborato da un gruppo di lavoro dedicato presso il Ministero della Salute, senza nuovi o ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

Ai componenti di detto Osservatorio non spetta alcun compenso, indennità, gettone di presenza o rimborso spese per la partecipazione ai lavori dello stesso.

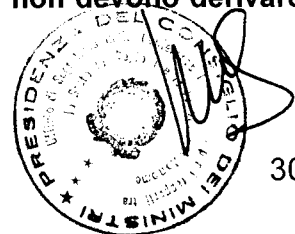
Assistenza in emergenza urgenza territoriale 118

24. Con riferimento alle funzioni di emergenza urgenza svolte dalle centrali operative 118 nella fase di coordinamento e gestione delle richieste di soccorso sanitario, si conviene sulla necessità di definire il bacino di utenza delle centrali operative in relazione alla disponibilità delle nuove tecnologie informatiche e telefoniche affidando ad Agenas tale compito. Tali tecnologie permettono di rendere più sicuro e standardizzato il coordinamento degli interventi di soccorso, consentono di gestire elevati volumi di attività, di ridurre i punti di ricezione delle chiamate e di attivare funzioni operative integrate e interagenti a livello regionale. La definizione di più ampi bacini di utenza deve essere accompagnata da soluzioni tecnologiche e operative che garantiscano altresì l'interoperabilità delle centrali 118, a livello interregionale, sia negli interventi in caso di catastrofe/maxiemergenza sia nella gestione delle attività nelle aree di confine (es. elisoccorso).

25. Nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 1, al fine di garantire l'attuazione della Direttiva di Servizio Universale 2002/22/CE (recepita con decreto legislativo 1° agosto 2003, n. 259, all'art. 76) relativa all'attivazione su tutto il territorio nazionale del Numero Unico Europeo di Emergenza 112, le Regioni dovranno adeguare le tecnologie e le procedure delle centrali operative 118, realizzando gli interventi tecnico operativi di competenza necessari, con l'obiettivo di garantire la ricezione, la localizzazione e la gestione delle chiamate dei cittadini che richiedono il soccorso sanitario formando il Numero Unico Europeo 112. Tali adeguamenti dovranno essere conformi alle indicazioni del Ministero dell'Interno che, in base all'art. 75 bis, comma 2, del decreto legislativo 1 agosto 2003, n. 259 ha poteri di indirizzo e coordinamento per l'attuazione del NUE 112 anche attraverso il ricorso ai centri unici di risposta".

26. Con riferimento alle funzioni di emergenza e urgenza a livello territoriale si conviene sulla necessità di procedere, mediante la stipula di un Accordo Stato-Regioni, alla individuazione dei 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 qualitativa del personale, per livello funzionale di base e avanzato, al fine di garantire l'erogazione di un livello uniforme di assistenza in emergenza, in attuazione anche alla norma europea EN 1789/2007 che definisce i requisiti e le dotazioni di apparecchiature delle autoambulanze utilizzate per il trasporto e la cura del paziente.

27. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Art. 6

Assistenza socio sanitaria

1. Le attività indicate al presente articolo sono effettuate nei limiti delle risorse previste a legislazione vigente per gli ambiti di intervento individuati nei successivi commi.
2. Le regioni disciplinano i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, particolarmente per le aree della Non Autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori e delle dipendenze e forniscono indicazioni alle ASL ed agli altri enti del sistema sanitario regionale per l'erogazione congiunta degli interventi, nei limiti delle risorse programmate per il Ssr e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze.
3. L'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari avviene tramite un "punto unico" che indirizza il cittadino al percorso sociosanitario e socioassistenziale adeguato alle sue condizioni e necessità.
4. Per l'individuazione del *setting* di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo del quale sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della salute.
5. La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal Sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente.
6. Il Piano delle prestazioni personalizzato, formulato dall'equipe responsabile della presa in carico dell'assistito, individua gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali che i servizi sanitari territoriali e i servizi sociali si impegnano a garantire, anche in modo integrato, secondo quanto previsto per le rispettive competenze dal DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche e integrazioni.
7. Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai malati cronici non autosufficienti, a conferma ed integrazione di quanto già stabilito dal Patto per la salute 2010-2012, si conviene che le Regioni e le Province Autonome, ciascuna in relazione ai propri bisogni territoriali rilevati, adottano ovvero aggiornano i progetti di attuazione dei commi precedenti, dando evidenza:
 - del fabbisogno di posti letto, espresso in funzione della popolazione da assistere presso le strutture residenziali e semiresidenziali destinate ai malati cronici non autosufficienti, ai disabili, alle persone con disturbi psichiatrici, ai minori e alle persone con dipendenze, articolato per intensità assistenziale e per durata e con evidenza di proporzione tra assistiti in regime residenziale e in regime domiciliare;
 - del fabbisogno, espresso in funzione della popolazione da assistere, e l'organizzazione delle cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie articolate per intensità, complessità e durata dell'assistenza;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- delle modalità di integrazione nelle UVMD di tutte le professionalità, anche al fine di garantire una gestione integrata delle risorse impiegate nel progetto assistenziale.

8. Le Regioni si impegnano ad armonizzare i servizi socio sanitari, individuando standard minimi qualificanti di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie che saranno definite anche in relazione al numero e alla tipologia del personale impiegato.

ART.7

Assistenza sanitaria negli istituti penitenziari

Si conviene che le Regioni e le Province autonome si impegnano ad approvare, entro il 30 settembre 2014, nella sede della Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n.281/1997, l'Accordo avente ad oggetto :“Linee Guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”.

ART. 8

Revisione disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni

1. E' necessaria una revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo. Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa. Successivamente, compatibilmente con le informazioni disponibili, potrà essere presa in considerazione la condizione “economica” del nucleo familiare.

2. Si conviene altresì che il nuovo sistema della partecipazione dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla vigente legislazione nazionale, garantendo comunque l'unitarietà del sistema.

3. A tal fine si conviene che uno specifico gruppo di lavoro misto con la partecipazione di rappresentanti delle Regioni, del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, di Agenas, coordinato dal Ministero della salute, definisca i contenuti della revisione del sistema di partecipazione entro il 30 novembre 2014.

ART. 9

Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie

Al fine di effettuare la revisione e l'aggiornamento del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie si conviene:

1. di istituire, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, una commissione permanente costituita da rappresentanti dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, della Conferenza delle Regioni e Province Autonome nonché dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) al fine di:

- aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ambulatoriale di cui al DM 18 ottobre 2012, nonché di assistenza protesica di cui decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332;

- individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima, ai fini dell'applicazione dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.;
- definire criteri e parametri di riferimento per l'individuazione delle classi tariffarie;
- promuovere la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali.

2. Le Regioni convengono che gli accordi per la compensazione della mobilità interregionale:

- prevedono la valorizzazione dell'attività sulla base della tariffa regionale relativa ai singoli erogatori vigente nella regione in cui vengono erogate le prestazioni, fino a concorrenza della tariffa massima nazionale definita sulla base della normativa vigente;

- individuano e regolamentano, ai sensi del DM 18 ottobre 2012, i casi specifici e circoscritti per i quali può essere riconosciuta una remunerazione aggiuntiva, limitatamente ad erogatori espressamente individuati e in relazione a quantitativi massimi espressamente indicati, per tenere conto dei costi associati all'eventuale utilizzo di specifici dispositivi ad alto costo.

Detti accordi devono essere approvati dalla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati.

3. Dalla data della stipula del presente Patto, gli accordi bilaterali fra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale, di cui all'articolo 19 del precedente Patto per la Salute sottoscritto il 3 dicembre 2009, sono obbligatori.

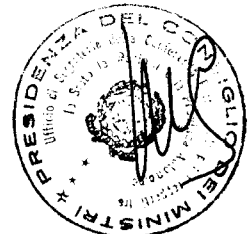
4. In sede degli accordi di cui ai precedenti commi 2 e 3, sarà possibile individuare volumi, tipologia e modalità di remunerazione aggiuntiva relative all'espianto e trasporto degli organi per il trapianto, alla ricerca e prelievo midollo osseo e CSE midollari, nonché modalità di compensazione dei costi dei ricoveri ospedalieri erogati, da unità operative e/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.

5. La definizione delle modalità di remunerazione aggiuntiva di cui al comma 4 resta di competenza della Commissione Salute della Conferenza delle regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati.

ART. 10

Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza

1. Restano fermi i compiti e le funzioni attribuite dall'ordinamento vigente al Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, istituito ai sensi dell'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

2. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, istituito ai sensi dell'art. 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, assicura il supporto, per quanto di competenza, al Ministro della salute nell'ambito delle attività di indirizzo e di coordinamento inerenti il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi sanitari regionali.

3. Il Comitato, per lo svolgimento dei compiti affidati, utilizza il sistema di garanzie per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 9 del D.lgs n. 56/2000. Le attività del Comitato sono svolte avvalendosi degli strumenti e degli esiti delle attività del Nuovo Sistema Informativo Sanitario e con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

4. Si conviene che, annualmente, ai fini della verifica degli adempimenti regionali che consente l'accesso al finanziamento integrativo condizionato alla verifica positiva degli adempimenti regionali, il Comitato per la verifica dei LEA di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, può disporre l'aggiornamento dei suddetti adempimenti ovvero delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli Accordi e/o Intese sanciti dalle Conferenze Stato Regioni o Unificate e delle sopravvenute esigenze di monitoraggio. Il documento relativo agli indicatori LEA deve essere trasmesso alle Regioni entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di verifica.

5. Il Comitato assicura il supporto necessario alla definizione delle specifiche esigenze di monitoraggio dei Lea ai fini della realizzazione dell'anagrafe nazionale degli assistiti, da realizzarsi, nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, in accordo con il Ministero della salute, ai sensi dell'articolo 1, comma 231 della legge 27 dicembre 2013, n.147.

6. Si conviene che il mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai Lea stabiliti per i direttori generali costituisce grave inadempimento contrattuale e comporta l'applicazione dell'articolo 3-bis, comma 7 del dlgs. N.502/1992 e s.m.i, con la previsione di decadenza automatica dei direttori generali. La verifica dell'adempimento, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale, è effettuata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

7. Con il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, da adottarsi entro il 31 dicembre 2014, si provvede all'aggiornamento del decreto del 12 dicembre 2001, di cui all'art. 9, comma 1 del d.lgs n.56/2000 e all'approvazione della metodologia di monitoraggio del sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

ART. 11

Tavolo per la verifica degli adempimenti

1. Restano fermi i compiti e le funzioni attribuite dall'ordinamento vigente al Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETARIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

2. Si conviene che, annualmente, ai fini della verifica degli adempimenti regionali che consente l'accesso al finanziamento integrativo condizionato alla verifica positiva dei medesimi adempimenti, il Tavolo di cui al comma 1 può disporre, in tempi utili alle Regioni per la necessaria istruttoria, l'aggiornamento dei suddetti adempimenti ovvero delle modalità di verifica, tenuto conto delle disposizioni normative intervenute, degli Accordi e/o Intese sanciti dalle Conferenze Stato Regioni o Unificate e delle sopravvenute esigenze di monitoraggio.

ART. 12

Piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali

Si conviene sulla necessità di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei Servizi sanitari regionali che garantiscano il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

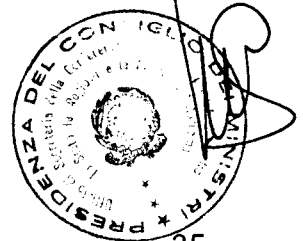
- a) revisione della disciplina relativa al regime di compatibilità e al ruolo dei Commissari ad acta, prevedendo l'incompatibilità con l'affidamento di incarichi istituzionali;
- b) semplificazione e razionalizzazione delle procedure di verifica dei provvedimenti attuativi del piano di rientro ovvero del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del servizio sanitario regionale;
- c) realizzazione di un efficace sistema di monitoraggio e supporto alle Regioni, che consenta di intervenire prima che si realizzino le condizioni, che impongono l'adozione dei piani di rientro ovvero del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del servizio sanitario regionale.

A tal fine Governo e Regioni convengono quanto segue:

1. i nuovi Programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione e di rafforzamento del Servizio sanitario regionale (successivamente PDR), da approvarsi ai sensi delle disposizioni vigenti, devono prevedere:

- obiettivi e azioni finalizzate alla chiara definizione dei processi di *governance* regionale nel rispetto dei principi generali del dlgs n.502/1992 e s.m.i e del d.lgs n.517/1999, delle altre norme vigenti in materia di garanzia dei LEA, aziendalizzazione, verifica e controllo;
- interventi di riorganizzazione e riqualificazione del SSR idonei a garantire congiuntamente il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario, assicurando la coerenza nelle articolazioni aziendali;

2. di promuovere l'adozione delle modifiche normative necessarie affinché, 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;

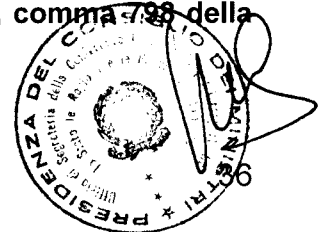




*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

3. che il Commissario ad acta, ove nominato, deve possedere un curriculum che evidenzi qualifiche e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza conseguiti;
4. che i sub Commissari svolgono attività a supporto dell'azione del Commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di alcuni o di tutti gli obiettivi affidati al Commissario con il mandato commissariale, avvalendosi del personale, degli uffici e dei mezzi necessari all'espletamento dell'incarico di cui all'articolo 4, comma 2 del decreto- legge n.159/2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n.222/2007;
5. che il Commissario ad acta qualora, in sede di verifica annuale ai sensi dell'articolo 2, comma 81, della legge n. 191 del 2009, riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, così come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, propone, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, in applicazione dell'articolo 3-bis, comma 7 del d.lgs 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i..
6. Ferme restando le sedi di verifica congiunta dell'attuazione dei Piani di rientro - individuate dalle disposizioni vigenti nel Comitato per la verifica dei Lea e nel Tavolo di verifica adempimenti di cui rispettivamente agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005- si conviene che per l'attività di affiancamento alle Regioni che hanno sottoscritto l'accordo, il Ministero della Salute si avvale del supporto tecnico-operativo dell'Agenas.
Per tale ragione, si conviene di promuovere l'adozione della seguente modifica normativa: "All'articolo 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n.296, all'ultimo periodo le parole: "Il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze", sono sostituite dalle seguenti: "Il Ministero della salute, anche avvalendosi del supporto tecnico-operativo dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze".
7. Ferme restando le competenze in ordine al monitoraggio economico-finanziario del Tavolo di verifica adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005-, in attuazione dei compiti già attribuiti dalle disposizioni normative vigenti, AGENAS realizza uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle performance delle Aziende sanitarie e dei Sistemi Sanitari Regionali, in termini di qualità, quantità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati. Per lo svolgimento di tale attività, si avvale di un nucleo operativo funzionalmente dedicato. Per le attività di cui al presente comma si procede ad una integrazione della convenzione già in atto tra Ministero della salute e Agenas, a valere sulle risorse già rese disponibili, ai sensi dell'articolo 1, comma 289 della legge n.266/2005 e dell'articolo 1, comma 798 della





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

legge n. 296/2006, senza ulteriori oneri aggiuntivi a carico della finanza pubblica. La procedura verrà definita entro il 30 settembre 2014.

8. In merito a quanto previsto dalla lettera b) del presente articolo, si conviene di prevedere nuove modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA e procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei Programmi operativi in atto, sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA, sulla base dello stato di avanzamento delle azioni programmate. Tale procedura di semplificazione del monitoraggio degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA dovrà prevedere esclusivamente l'individuazione di alcune aree prioritarie di intervento in materia di erogazione dei LEA e relativo cronoprogramma e modalità di attuazione, tenuto conto di quanto previsto nel programma operativo in relazione agli obiettivi strutturali del Piano stesso.

9. Ai fini di semplificazione delle procedure, di razionalizzazione ed attualizzazione del quadro normativo di riferimento, nonché di ottimizzazione delle risorse, si conviene di procedere alla redazione di un testo unico di raccolta delle disposizioni vigenti in materia di piani di rientro dai disavanzi sanitari, entro il 31 marzo 2015.

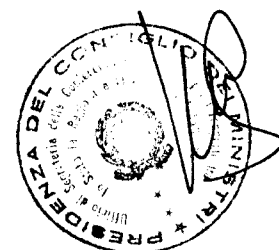
10. I programmi operativi in corso potranno essere aggiornati secondo le finalità del presente articolo.

**ART. 13
Controlli**

1. In linea con quanto previsto dall'articolo 6, comma 5, del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, ed al fine di rafforzare il ruolo dei collegi sindacali delle aziende sanitarie e garantirne una composizione coerente con le disposizioni del presente Patto, Governo e Regioni convengono che detti collegi siano composti da tre componenti, di cui uno designato dal Presidente della giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze ed uno dal Ministro della salute.

I requisiti per la nomina dei componenti dei collegi sindacali devono garantire elevati standard di qualificazione professionale e sono definiti previa intesa sancita in Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e, relativamente al rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 10, comma 19, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

**ART.14
Edilizia sanitaria, investimenti e ammodernamento tecnologico**





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

1. Al fine di garantire le condizioni di sicurezza e la continuità di esercizio delle strutture sanitarie, nonché in considerazione delle esigenze di adeguamento strutturale e ammodernamento tecnologico e organizzativo del Servizio sanitario nazionale, il Governo si impegna ad assicurare alle regioni, nell'ambito del complessivo finanziamento allocato sul comparto degli interventi infrastrutturali, adeguate risorse finanziarie, compatibilmente con il conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e con il quadro macroeconomico, anche mediante la rifinanziamento di quota parte delle risorse eventualmente rivenienti dal procedimento di riaccertamento straordinario dei residui relativi al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 49 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. L'operazione di cui al periodo precedente non può incidere su somme ancora spettanti alle regioni a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e pertanto a tal fine non avrà luogo la cancellazione dei residui passivi corrispondenti a pretese creditorie regionali sussistenti.

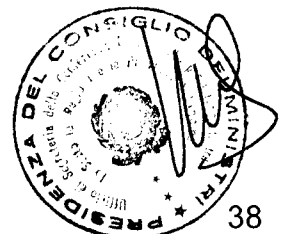
2. Le predette risorse saranno garantite a valere sul programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1967, n. 88 ovvero attraverso altre modalità di finanziamento, anche nell'ambito della quota nazionale della nuova programmazione del Fondo Sviluppo e Coesione 2014-2020, di cui all'articolo 1, commi 6 e seguenti della legge n.147/2013 e dei Fondi UE 2014-2020.

3. Al fine di superare la straordinarietà degli interventi in sanità e regolamentare "la vita tecnica normale", il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si impegnano ad una revisione dell'attuale normativa tecnica in materia di sicurezza, igiene e utilizzazione degli ambienti, che tenga conto delle caratteristiche delle strutture sanitarie esistenti, attraverso un Programma triennale da adottarsi, previa Intesa da sancire in sede di Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n.131/2003, entro il 31 dicembre 2014.

ART. 15

Sanità Digitale e Piano di evoluzione dei flussi informativi del NSIS

1. Al fine di conseguire gli obiettivi di efficienza, trasparenza e sostenibilità del Servizio sanitario nazionale attraverso l'impiego sistematico dell'innovazione digitale in sanità, il Governo e le Regioni concordano entro 30 giorni dalla stipula della presente Intesa, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, un "Patto per la Sanità Digitale", ossia un piano strategico teso a rimuovere gli ostacoli che ne rallentano la diffusione e ad evitare realizzazioni parziali o non conformi alle esigenze della sanità pubblica. Tale Patto individua, in raccordo con le azioni previste nell'ambito dell'Agenda Digitale nonché dalle vigenti disposizioni in materia di sanità digitale, specifiche priorità, analizza e propone modelli realizzativi di riferimento e strumenti di finanziamento, anche con l'attivazione di iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di innescare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

2. Il Piano di Evoluzione dei Flussi NSIS (PEF-NSIS) rappresenta lo strumento di programmazione degli interventi sui sistemi informativi, necessari a consentire il governo e il monitoraggio dei LEA e dei relativi costi, in coerenza con il percorso evolutivo del NSIS condiviso tra le Amministrazioni centrali e regionali.
3. Il PEF-NSIS si sviluppa su un orizzonte temporale triennale. Il Piano è predisposto dalla Cabina di Regia del NSIS la quale provvede, con periodicità annuale, al suo aggiornamento secondo una logica a scorrimento. Eventuali interventi evolutivi resi necessari e non preventivamente pianificati nel PEF-NSIS, vengono inseriti nel Piano attraverso un apposito aggiornamento infrannuale dello stesso, anche rimodulando altri interventi pianificati.
4. Ciascuna Regione, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, mette in atto sul proprio territorio le misure necessarie all'attuazione degli interventi previsti dal PEF-NSIS, nel rispetto delle modalità e tempistiche definite ai sensi dell'articolo 3 dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005.

ART. 16

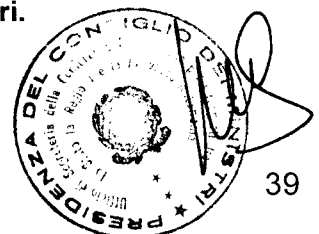
Cabina di Regia del NSIS

Entro 90 giorni dalla stipula della presente Intesa si procede alla stipula dell'Accordo quadro tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e le Regioni e le Province autonome, di riadeguamento dei compiti, della composizione e delle modalità di funzionamento della Cabina di Regia del NSIS anche con riferimento alle iniziative di sanità in rete al fine di assicurare un sistema unitario e condiviso di interventi. Conseguentemente è pattuita una proroga dei compiti e della composizione della Cabina di regia del NSIS fino all'entrata in vigore del citato nuovo Accordo.

ART. 17

Piano nazionale della Prevenzione

1. Le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in coerenza con lo schema di Piano nazionale della Prevenzione, in corso di approvazione, convengono di confermare per gli anni 2014-2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1 comma 1 del presente Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n.662 e successive integrazioni.
2. Con il presente Patto le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

3. Le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a mettere in atto ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche ed attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate e intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive ciascuno.

ART. 18

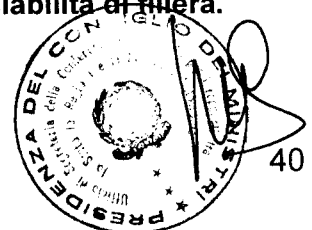
Attuazione delle norme di riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali

- 1. Le Regioni e le Province autonome provvedono ad adottare le disposizioni applicative della normativa di riordino degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali di cui all'articolo 10, comma 1, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, entro sei mesi dall'approvazione del patto.**
- 2. In caso di mancato rispetto del termine di cui al comma 1, il Ministro della salute provvede alla nomina del commissario dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale.**
- 3. Il commissario nominato ai sensi del comma 2, svolge le funzioni previste dall'articolo 11, commi 2 e 5, del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, nelle more dell'emanazione dei provvedimenti regionali di cui al presente articolo.**
- 4. Si conviene che gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali debbano coordinare la propria azione con le politiche di prevenzione delle Regioni di riferimento.**

ART. 19

Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

- 1. Le normative comunitarie in materia veterinaria (sanità animale, benessere e sicurezza alimentare) vincolano gli Stati Membri ad una applicazione uniforme e coerente con il raggiungimento di un elevato livello di protezione per i cittadini/consumatori dell'Unione. I risultati raggiunti dall'Italia in materia di garanzie per i propri cittadini e di sostegno alle produzioni agro-alimentari che concorrono significativamente al Prodotto Interno Lordo richiedono un'adeguata valorizzazione delle attività dei Servizi Veterinari Regionali ed il superamento di alcune fragilità che stanno pesando in maniera significativa sull'ulteriore promozione del Sistema Italia in campo europeo ed internazionale, soprattutto alla vigilia di un evento dedicato specificatamente a questa materia, quale EXPO 2015. Alla luce di queste considerazioni, risulta pertanto indispensabile assicurare i livelli essenziali di assistenza in tema di Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, nonché l'adempimento degli obblighi comunitari in materia di controlli ufficiali, previsti dal Regolamento (CE) 882/2004 e successive modifiche.**
- 2. Le Regioni ritengono, pertanto, di dover adottare tutte le iniziative necessarie a rendere i sistemi regionali di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza alimentare sempre più efficaci ed efficienti nelle attività di prevenzione, vigilanza e controllo, con l'obiettivo di migliorare a) il livello di tutela della salute dei cittadini/consumatori; b) il livello di garanzia e di qualificazione igienico-sanitaria e nutrizionale degli alimenti destinati al consumo umano; c) il benessere animale d) la qualità igienico-sanitaria degli alimenti destinati al consumo animale; e) la tracciabilità di filiera.**





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

3. A tal fine le Regioni si impegnano a garantire che le Aziende Sanitarie Locali, per quel che concerne la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria, rispettino l'articolazione organizzativa prevista dai commi 2 e 4 dell'art. 7 quater del d.lgs 502/92 e s.m.i., riconoscendo l'opportunità che le unità operative deputate alle funzioni specifiche sopra richiamate siano possibilmente configurate come unità operative complesse e siano dotate di personale adeguato.

4. L'applicazione di quanto previsto dal comma 3 in materia di personale deve avvenire nel rispetto dei vincoli in materia di spesa previsti dalla legislazione vigente e, per le regioni sottoposte a piani di rientro, anche nel rispetto di quelli fissati in materia da detti piani nonché dei parametri standard per la definizione delle strutture complesse e semplici adottati dal Comitato LEA in data 26/03/2012.

ART. 20

Ricerca sanitaria

1. La ricerca sanitaria è parte integrante delle attività del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) poiché è fondamentale per garantire ai cittadini una sanità che risponda in modo efficace, efficiente e sostenibile ai reali bisogni di assistenza e cura.

2. La ricerca sanitaria e biomedica non è solo progresso scientifico e tecnologico ma deve essere soprattutto innovazione al fine di ottenere concreti miglioramenti dell'assistenza sanitaria, dei servizi e della loro organizzazione.

Per questo deve essere trasferibile, nel medio periodo, al paziente, alla organizzazione dei servizi, al territorio e alle attività produttive.

Nell'ambito di tale strategia è fondamentale il reperimento delle fonti di finanziamento, l'individuazione delle possibili sinergie fra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed extraeuropea e la valorizzazione delle risorse già presenti nel SSN.

Pertanto debbono essere evitati rischi di duplicazioni e sovrapposizioni integrando le risorse e individuando tematiche condivise dai soggetti finanziatori.

Deve essere mantenuto e implementato 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.

3. Il Ministero della salute si avvale del Comitato tecnico sanitario per monitorare l'attuazione del programma di ricerca sanitaria, le problematiche emergenti, le tematiche di maggior impatto, nonché definire le procedure più idonee al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Ogni anno detto Comitato dovrà fornire alla Conferenza Stato regioni una relazione sullo stato di avanzamento del programma. Dall'attuazione della presente disposizione non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

ART. 21

Attività intramoenia

Al fine di consentire il passaggio al regime ordinario dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, si conviene di dare piena attuazione a quanto





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

stabilito dalla legge 3 agosto 2007, n. 120, così come modificata dall'art. 2 del decreto legge 13 settembre 2012 n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189.

ART 22

Gestione e sviluppo delle risorse umane

1. Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione, si conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Si conviene che l'articolo 1, comma 174 della legge n.311/2004 e s.m.i. sia modificato affinché il blocco automatico del turn over operi fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica.

3. Si conviene, per l'attuazione di quanto previsto al comma 1, di procedere ad innovare l'accesso delle professioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale, nonché a ridisciplinare la formazione di base e specialistica, lo 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.

4. Al fine di realizzare le finalità di cui ai precedenti commi, si conviene che il Governo e le Regioni istituiscono apposito Tavolo politico per individuare, anche alla luce di esperienze di altri paesi UE, specifiche soluzioni normative.

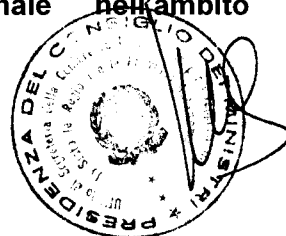
Il Tavolo concluderà i lavori entro il 31 ottobre 2014 e si concluderà con la definizione di un disegno di legge delega che dovrà specificamente dettare principi e criteri direttivi in ordine a:

a. valorizzazione delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, per favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

b. accesso delle professioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale ;

c. disciplina della formazione di base e specialistica 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;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- e. **introduzione di standards di personale per livello di assistenza, anche attraverso la valorizzazione delle iniziative promosse a livello comunitario, ai fini di determinare il fabbisogno dei professionisti sanitari a livello nazionale;**
- f. **precariato: si conviene, al fine di assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 4, comma 10, del dl n. 101 del 2013, convertito, con modificazioni, nella legge n. 125 del 2013 in materia di stabilizzazione del personale precario, subordinatamente alla definizione, da parte dell'apposito D.P.C.M ivi previsto, dei relativi criteri applicativi e nel rispetto degli stessi.**
5. **Inoltre, in materia di contenimento delle spese di personale, si conviene di modificare il comma 3-bis dell'articolo 17 del decreto-legge n.98/2011, - che impone, a partire dal 2015, il rispetto del vincolo previsto dall'articolo 2, commi 71 e 72 della legge n.191/2009 (spesa 2004 diminuita dell'1,4%) indipendentemente dall'effettivo conseguimento dell'equilibrio economico - prevedendo che le Regioni siano considerate adempienti ove venga accertato, con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73 della citata legge n.191/2009, il conseguimento di tale vincolo attraverso un percorso graduale fino all'applicazione totale dello stesso nel 2020. Si conviene altresì di effettuare un approfondimento tecnico ai fini dell'aggiornamento del parametro spesa 2004- 1,4%.**

Articolo 23

Assistenza farmaceutica

Il tema del governo della spesa farmaceutica coniugato con l'importanza dello sviluppo del mondo imprenditoriale nel settore delle industrie farmaceutiche in Italia, si conferma come fondamentale per le strategie del paese. A tale scopo, tenendo presenti i fabbisogni del SSN, si ritiene necessario incrementare e migliorare le strategie degli investimenti in innovazione e ricerca anche con politiche di Governance che, nel rispetto dei vincoli di bilancio, favoriscano l'accesso dei cittadini ai farmaci innovativi ed efficaci ai fini della tutela della salute pubblica e a garanzia della centralità del malato nei percorsi assistenziali e terapeutici.

Per il governo della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale sia per quanto riguarda l'appropriatezza che per il rispetto dei tetti di spesa programmati, nei limiti delle risorse stabilite all'articolo 1, comma 1 del presente Patto e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, le parti si impegnano:

- 1) Ad adottare le opportune iniziative affinché l'AIFA provveda all'aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale (PFN) dei farmaci rimborsabili, sulla base del criterio costo/beneficio e efficacia terapeutica, prevedendo anche dei prezzi di riferimento per categorie terapeutiche omogenee.**
- 2) A rivedere la normativa nazionale che riconduca alla contestualità fra la Autorizzazione alla Immissione in Commercio (AIC) e la definizione del regime di rimborsabilità. Nelle more della revisione della normativa regioni ed AIFA, al fine di garantire l'unitarietà dei livelli di assistenza erogati dal SSN, si impegnano a condividere delle linee guida per assicurare un appropriato percorso assistenziale;**





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

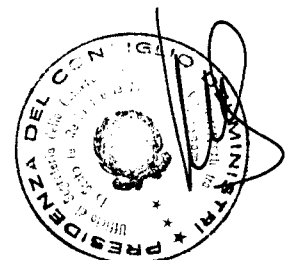
- 3) Ad una revisione degli accordi negoziali sui farmaci sottoposti ai Registri di Monitoraggio AIFA, dopo un periodo massimo di 36 mesi, valutando se vengano confermati o meno i risultati clinici attesi;
- 4) A definire un percorso per sostenere esclusivamente l'innovazione terapeutica reale, importante e dimostrata rispetto alle terapie già in uso;
- 5) A regolamentare l'applicazione dell'articolo 10 della legge 189/2012 relativo alla definizione di equivalenza terapeutica, in modo tale che le determinazioni di AIFA siano contestualmente valide ed applicabili su tutto il territorio nazionale. A tale scopo si ritiene di costituire un network informativo di coordinamento quale insieme di centrali regionali di acquisto, una centrale unica per Regione;
- 6) Ad istituire un tavolo di monitoraggio permanente composto da tre rappresentanti delle Regioni, un rappresentante del MEF, un rappresentante del Ministero della Salute, un Rappresentante del Ministero dello Sviluppo economico, un rappresentante di AIFA ed un rappresentante di Age.Na.S che, sulla base dei dati analitici messi a disposizione da AIFA, verifichi l'attuazione del presente articolo ed elabori eventuali proposte per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

**Articolo 24
Dispositivi medici**

Il SSN si pone come interlocutore del mercato dei dispositivi medici fornendo il fabbisogno, sia quantitativo che qualitativo, nell'interesse della salute dei cittadini. In considerazione dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle patologie ad esso correlate si ritiene auspicabile lo studio di nuove strategie di procurement al fine di promuovere l'accesso dei pazienti alle tecnologie sanitarie innovative ed efficaci.

1. Al fine di assicurare efficace impulso alle attività di vigilanza sugli incidenti verificatisi dopo l'immissione in commercio di dispositivi medici, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 11 del decreto legislativo 14 dicembre 1992, n. 507, e successive modificazioni (impiantabili attivi), dall'articolo 11 del decreto legislativo 8 settembre 2000, n. 332, e successive modificazioni (diagnostici in vitro), e dall'articolo 9 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 (dispositivi medici), con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità per l'attivazione di una rete di comunicazione dedicata alla dispositivo-vigilanza che consenta lo scambio tempestivo e capillare delle informazioni riguardanti incidenti che coinvolgono dispositivi medici.

2. Con il medesimo decreto di cui al comma 1 sono determinati, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), i contenuti informativi e le modalità di interscambio dei dati del sistema informativo a supporto della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza.





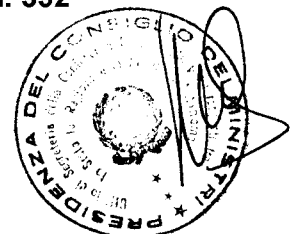
*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

3. Al fine di dare piena attuazione alle disposizioni previste dagli articoli 5 e 6 del decreto del Ministro della salute 21 dicembre 2009 ed assicurare omogeneità di comportamenti da parte delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale, si conviene di predisporre entro il 1° ottobre 2014 un documento, da adottarsi previo accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni, recante Linee Guida per il corretto utilizzo dei dati e della documentazione presente nel Repertorio dei dispositivi medici istituito ai sensi del citato decreto. Con le medesime modalità si conviene di predisporre indicazioni operative per le strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale che consentano alle stesse la corretta ed uniforme modalità di gestione dei dati ai fini del conferimento da parte delle regioni, in attuazione alle disposizioni previste dal decreto del Ministro della salute 11 giugno 2010.
4. Allo scopo di rafforzare lo strumento del monitoraggio dei consumi e della spesa su base nazionale e regionale per i dispositivi medici a carico del Servizio Sanitario Nazionale come stabilito dal decreto ministeriale dell'11 giugno 2010, si conviene di predisporre indicazioni operative per le strutture pubbliche e private accreditate del Servizio Sanitario Nazionale che consentano alle stesse la corretta ed uniforme modalità di gestione dei dati ai fini del conferimento da parte delle regioni.
5. Le Regioni si impegnano a richiedere alle singole aziende sanitarie la definizione di un budget annuale preventivo dei consumi per classi CND per la migliore programmazione della spesa e il controllo dell'appropriatezza dei consumi sui dispositivi a più alto costo. Le Regioni, altresì, attivano un Osservatorio Regionale sui consumi e i prezzi dei dispositivi medici in grado di fornire dati comparativi alle centrali, uniche su base regionale, di acquisto utili nella fase negoziale con le aziende di riferimento con particolare riguardo ai dispositivi impiantabili (Categoria Speciale J della CND) e a quelli ad alto costo. A tale scopo si ritiene necessario costituire un network informativo di coordinamento delle centrali regionali di acquisto, una centrale unica per Regione.
6. Il flusso dei contratti dei dispositivi medici, istituito con decreto del Ministero della Salute 11 giugno 2010 ed integrato con decreto del Ministro della Salute 25 novembre dovrà essere armonizzato con quello dell'Osservatorio dei contratti pubblici, di cui all'art. 7 del Decreto-legislativo 12 aprile 2006, n. 163 che ha già il compito di fornire, a partire dal 1 luglio 2012, un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei beni sanitari, ivi compresi i dispositivi medici.
7. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le Amministrazioni pubbliche provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Articolo 25

Aggiornamento del nomenclatore tariffario di cui all'articolo 11 del regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Al fine di provvedere rapidamente all'attuazione dell'art. 5, comma 2-bis del decreto legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012, Governo e Regioni concordano che all'aggiornamento del regolamento recante norme per l'assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332 si provvederà anche a valere sui risparmi di spesa derivanti dalle disposizioni del presente Patto per la salute.

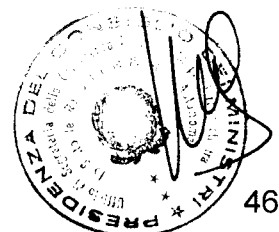
Articolo 26

Creazione di un modello istituzionale di HTA dei dispositivi medici

- 1. Al fine di dare attuazione alle direttive comunitarie sull'Health Technology Assessment (HTA), in modo che sia promosso l'uso di dispositivi medici costo – efficaci, il Ministero della Salute indirizza le proprie iniziative nel senso di migliorare la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di selezionare i dispositivi medici e le tecnologie elettromedicali in relazione al valore generato nel sistema.**
- 2. Tale funzione si inserisce nell'ambito delle attività previste ai fini dell'attuazione della Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo attraverso il Network Permanente per l'Health Technology Assessment (HTA Network).**
- 3. In tale contesto si stabilisce che il Ministero della Salute, avvalendosi dell' AgeNaS e dell'AIFA per quanto di relativa competenza (dispositivi medici facenti parte integrante di medicinali), al fine di 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 della tecnologia e della salute dei cittadini a livello nazionale, dovrà:**
 - definire le priorità, anche alla luce delle indicazioni del Piano sanitario nazionale, attraverso l'istituzione al proprio interno di una "Cabina di regia", con il coinvolgimento delle Regioni, di Age.Na.S e dell'AIFA. La "Cabina di regia" può sentire i principali stakeholder, tra cui i rappresentanti dei pazienti, dei cittadini e dell'industria.**
 - fornire elementi utili per le indicazioni dei capitolati di gara per l'acquisizione dei dispositivi medici a livello nazionale, regionale, intra - regionale o aziendale;**
 - 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, attraverso il coordinamento di Age.Na.S., fondato sulla creazione di una rete nazionale di collaborazione tra Regioni per la definizione e per l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per l'HTA.**
- 4. Dall'attuazione della presente disposizione non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.**

Articolo 27

Valutazione nazionale dei medicinali secondo la metodologia dell'Health Technology Assessment





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

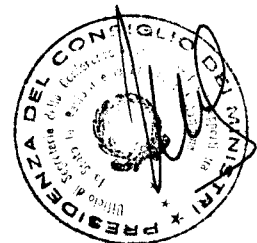
SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- 1. Al fine di garantire un equo e omogeneo accesso per i pazienti a tutti i medicinali, con particolare riguardo ai medicinali innovativi e/o di eccezionale rilevanza terapeutica, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), in qualità di organo tecnico competente in tema di regolamentazione dei medicinali, predispone, a supporto del Ministero della Salute e delle Regioni, valutazioni di HTA, volte a caratterizzare e individuare i percorsi farmaco-terapeutici in grado di garantire l'impiego efficiente e costo-efficace delle risorse disponibili.**
- 2. Tale funzione si inserisce nell'ambito delle attività previste ai fini dell'attuazione della Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo attraverso il Network Permanente per l'Health Technology Assessment (HTA Network), anche, per quanto concerne i medicinali, nel perseguimento degli obiettivi previsti dalla medesima direttiva, a supporto della "Cabina di Regia" istituita presso il Ministero della Salute e delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale.**
- 3. Le valutazioni nazionali di HTA sui medicinali hanno l'obiettivo di fornire informazioni affidabili, trasparenti e trasferibili ai contesti assistenziali Regionali e locali, sull'efficacia comparativa dei medicinali e sulle successive ricadute in termini di costo-efficacia nella pratica clinica, tanto prima dell'immissione in commercio, quanto durante la commercializzazione e l'intero ciclo di vita del farmaco.**
- 4. Ad esito dell'uso consolidato nella pratica clinica nazionale, l'AIFA, in stretta collaborazione con le Regioni, coordina le valutazioni dei diversi percorsi diagnostico-terapeutici localmente sviluppati, con l'obiettivo di garantire l'accesso e l'uso appropriato ai medicinali. Tali valutazioni, anche integrate con i dati di utilizzo e di spesa dell'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali, nonché di quelli raccolti attraverso i registri di monitoraggio AIFA, saranno utilizzate nell'iter decisionale degli organi consultivi dell'Agenzia al fine di istruire le procedure di rivalutazione di prezzo e/o di rimborsabilità dei medicinali.**
- 5. Ogni Regione, nell'ambito delle proprie risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, dovrebbe dotarsi di un suo presidio HTA a supporto della valutazione HTA.**

Articolo 28

Cabina di regia per il monitoraggio del patto

1. Ai fini della verifica dell'attuazione del presente Patto è istituito un Tavolo politico, composto: per il Governo dal Ministro della salute o suo delegato, dal Ministro dell'economia e delle finanze o suo delegato, dal Ministro per gli Affari regionali o da un suo delegato; per le Regioni o da una delegazione politica della Conferenza delle Regioni e Province autonome, guidata dal Presidente o suo delegato. Il Tavolo politico opera come Cabina di regia per il monitoraggio in ordine all'attuazione del Patto nei tempi convenuti.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

2. Per il periodo di vigenza del presente Patto, è istituito presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali un Tavolo tecnico interistituzionale, a supporto del Tavolo politico, cui è affidato il compito di monitoraggio e verifica sull'attuazione di tutti i provvedimenti di cui al presente Patto e sulle eventuali misure di revisione della spesa sanitaria di cui al programma del governo, con la partecipazione delle Regioni, secondo modalità condivise. Il Tavolo è coordinato dall'Agenas ed è composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, da un delegato del Ministro per gli Affari regionali, da rappresentanti delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano. Il Tavolo riferisce con cadenza semestrale al Tavolo politico.

A tale Tavolo è demandato anche il monitoraggio dell'andamento e dell'applicazione delle misure di revisione della spesa in campo sanitario individuate dal Governo.

La partecipazione ai suddetti Tavoli non prevede gettoni di presenza o altri emolumenti.

3. Restano ferme le funzioni in materia di monitoraggio dell'andamento e dell'applicazione delle proposte in campo sanitario sulla revisione della spesa, assegnate dal vigente ordinamento al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze. Restano altresì ferme le funzioni di monitoraggio della spesa attribuite al Tavolo di verifica adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Articolo 29

Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome

1. Si conviene che le disposizioni previste dal Titolo II dall'articolo 1 del D. lgs 118/ n. 2011, recante "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", si applicano alle Regioni Friuli Venezia Giulia e Sardegna e alla Provincia Autonoma di Trento a partire dal 1° gennaio 2015. Si conviene che per la Regione Valle d'Aosta e per la Provincia Autonoma di Bolzano l'operatività del citato titolo II del decreto legislativo 118/2011 sul proprio territorio decorra dal 1° gennaio 2017. Le predette Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome si impegnano in tal senso.

2. Sono fatte salve le competenze delle regioni a Statuto Speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, che provvedono alle finalità della presente Intesa, ai sensi dei rispettivi statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.

Articolo 30

Norme finali

1. Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, si impegnano ad adottare ogni necessario provvedimento normativo ed amministrativo, in attuazione della presente Intesa, anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme.





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

**2. In caso di modifiche normative sostanziali e/o degli importi di cui all'articolo 1, ove necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico, la presente Intesa dovrà essere altresì oggetto di revisione.
(ALL.1)**

Il **Ministro LORENZIN** ringrazia la Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, la dottoressa Adduce, il dottor Massicci, il sottosegretario Zanetti, che ha seguito in modo attento il lavoro sul Patto, ed il Ministro Lanzetta; ma soprattutto ringrazia il Presidente Errani per il lavoro svolto nell'ultimo anno, dai costi standard al Patto della salute che si conclude nell'odierna seduta. È stato un anno significativo per il Sistema Sanitario Nazionale e anche per la politica della salute.

Comunica di aver riscontrato, negli ultimi tempi, un grande senso di responsabilità da parte degli assessori alla salute e dei Governatori che hanno compreso il momento cruciale che si sta vivendo e a cui questo Patto vuole dare una significativa risposta. Dopo tanti anni anche di difficoltà, non solo economica, ma spesso anche di prospettiva e di futuro, con un Patto della salute si vuole mettere in sicurezza il Sistema Sanitario Nazionale rispetto alle due grandi sfide: il cambiamento dei sistemi di *welfare* in tutta Europa, il tema della longevità, quindi un allungamento della vita delle persone, che ovviamente comporta un aumento della domanda sanitaria. Con grande senso di responsabilità è stato introdotto in questo Patto una significativa novità: siccome nei prossimi anni tutti gli analisti prevedono un grande aumento di domanda sanitaria e non è possibile pesare sullo Stato per un adeguamento del fondo, si è cercato con sistemi di efficienza e di riorganizzazione della programmazione di dare risposte ai cittadini.

Crede che questa sia la cosa più importante del Patto. All'interno sono state risolte molte questioni che erano rimaste insolute, dai nodi aperti dal Regolamento, alla riorganizzazione del territorio, alle cure primarie; aspetti che riguardano l'efficientamento del sistema, un nuovo ruolo di Age.Na.S. che farà monitoraggio e controllo in modo molto più stringente.

Comunica l'avvio della nuova programmazione delle revisioni dei *ticket*, della revisione della programmazione dei fabbisogni, ma il concetto più importante contenuto nel Patto è l'aver a cuore le sorti della salute dei cittadini.

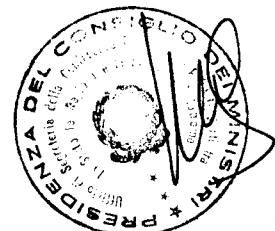
Ringrazia anche il Ministero dell'economia e delle finanze per la collaborazione nuova e diversa perché la salute riguarda sessanta milioni di persone.

Comunica la propria soddisfazione per il raggiungimento dell'intesa sul Patto della salute dopo un anno difficile.

Dichiara di aver trovato, in sede di Conferenza, tanta serietà e soprattutto una grande professionalità da parte di tutti gli attori in campo.

Comunica che rimane da fare solo il rinnovo degli organi collegiali dell'Agenzia Italiana per il farmaco e l'intesa su Age.Na.S., su cui la dottoressa Principe, che ringrazia per il lavoro che svolge, le ha consegnato una lettera del Presidente Errani che consegna **(ALL. 2)**.

Rappresenta l'urgenza di tali rinnovi, affermando che la corrispondenza che c'è stata con il Presidente della Conferenza Stato-Regioni ha aperto una fase di rinnovo e riforma delle agenzie che presenterà al primo Consiglio utile dopo le vacanze, intorno al 28 di agosto, con l'intenzione di adeguare Age.Na.S. agli aspetti che inseriti nel Patto e rendere AIFA l'agenzia regolatoria tra le più forti al mondo, come già oggi viene riconosciuto.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il **Presidente MARINI**, a nome delle Regioni, ringrazia in quanto il raggiungimento del Patto significa dare certezza al lavoro fondamentale di programmazione e gestione delle Regioni, ma anche perché si è costruito un Patto che riguarda, nel merito, molti problemi che devono essere affrontati concretamente nella *governance* del sistema sanitario, soprattutto, avendo presente i cittadini e le risposte che devono essere date in termini di servizi.

Di questo, a nome di tutti i Presidenti e anche degli Assessori che hanno lavorato più direttamente alla definizione del Patto, ringrazia il Ministro della salute, tutto il Governo ed, in particolare, il Ministero dell'economia e finanze. Ringrazia in particolare gli Assessori alla Salute e anche le strutture tecniche delle Regioni e della Conferenza delle Regioni, perché senza di loro una parte fondamentale del lavoro politico sarebbe stato difficile.

Soprattutto ringrazia il Presidente Errani, perché sa quanto la sua competenza e la sua visione politica sia stata fondamentale in tanti momenti di dibattito interno alla stessa Conferenza delle Regioni.

Dichiara che, sulla proposta fatta dal Ministro in merito alla lettera inviata dal Presidente Errani sulla *governance* delle Agenzie, le Regioni sono disponibili a partecipare anche ad una seduta straordinaria, che permetta di esprimere la formale proposta e il parere delle Regioni.

Ritiene che sia importante proseguire nel lavoro di confronto con le Regioni per arrivare alla riforma e la condividiamo.

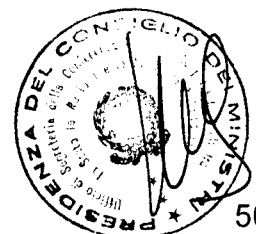
Approfitta della presenza del Ministro della salute per aggiungere che le Regioni avrebbero un altro tema sulla sanità, che è quello delle scuole di specializzazione mediche, che riguarda principalmente il MIUR, ma che impatta essenzialmente sull'organizzazione della salute e quindi consegna una nota informativa (**ALL. 3**) in merito alla discussione avuta, nella mattinata, sulla scuole di specializzazione, in vista del parere che dovrà essere reso entro il 24 di luglio, che è la data entro cui il MIUR ha chiesto alle Facoltà di Medicina di avanzare la proposta.

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'approvazione il **verbale della seduta del 12 giugno 2014**.

Non essendovi osservazioni, la **Conferenza Stato Regioni**, approva il **verbale della seduta del 12 giugno 2014**

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il **punto 15** all'o.d.g che reca: **Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: "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, comunicando che il punto è stato **rinvio**

Il **Presidente MARINI** consegna quattro documenti (**ALL. 4, 5, 6 e 7**) riguardanti l'indennizzo a favore di soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie (ex legge n. 210) priva di copertura.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il punto 1 all'o.d.g che reca: **Rettifica della designazione di uno dei componenti regionali di cui all'atto della Conferenza Unificata repertorio n. 33/CU del 20 febbraio 2014 in seno alla Commissione per le adozioni internazionali ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera I) del D.P.R. 8 giugno 2007, n. 108.**

Il **Presidente MARINI** comunica che le Regioni propongono il nominativo della dottoressa Caprioglio della Regione Piemonte.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **ACQUISISCE LA DESIGNAZIONE** ai sensi dell'art. 2, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, della Dott.ssa Antonella Caprioglio – Regione Piemonte quale una dei due componenti di parte regionale in seno alla Commissione per le adozioni internazionali.
(ALL.8)

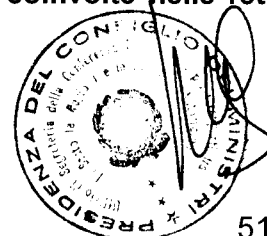
Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il punto 2 all'o.d.g che reca: **Approvazione del Regolamento per il funzionamento del Centro di Interoperabilità Tasse Automobilistiche (CITA).**

Il **Presidente MARINI** esprime l'avviso favorevole delle Regioni all'approvazione del Regolamento, con la richiesta che siano previste forme di premialità per le Regioni che abbiano già costituito le banche dati. Consegna a tal riguardo un documento (ALL. 9a).

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano:

- **APPROVA** ai sensi dell'articolo 3, comma 6, del Regolamento per il funzionamento del Comitato Interregionale di Gestione dell'Archivio Nazionale delle Tasse Automobilistiche, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 20 maggio 2004 (atto rep. n. 2011/CSR), il Regolamento per il funzionamento del Centro di interoperabilità Tasse Automobilistiche (CITA), trasmesso, con nota del 13 giugno 2014, dal Coordinatore del Comitato interregionale medesimo, con la richiesta contenuta nell'allegato documento che costituisce parte integrante del presente atto.
(ALL. 9)

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il punto 3 all'o.d.g che reca: **Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché delle strutture sanitarie, ospedaliere, territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.**





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il **Presidente MARINI**, a nome delle Regioni, esprime l'avviso favorevole all'accordo sul testo del 4 luglio scorso.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **SANCISCE ACCORDO** tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, nei seguenti termini:

Art. 1

1. Le cure palliative sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :

- a) medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia;
- b) medico di medicina generale,
- c) psicologo specialista;
- d) infermiere, fisioterapista, dietista;
- e) assistente sociale, operatore socio – sanitario.

2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art. 2

1. La terapia del dolore è garantita, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :

- a) medico specialista in anestesia, rianimazione e terapia intensiva;
- b) in rapporto alla specificità delle diverse patologie tramite il supporto dei medici specialisti in geriatria, medicina interna, neurologia, oncologia medica, radioterapia ;
- c) medico di medicina generale,
- d) psicologo specialista;
- e) infermiere, fisioterapista.

Art. 3

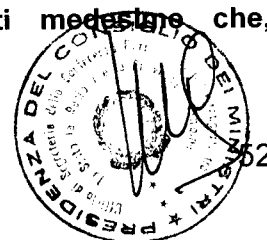
1. Le cure palliative e la terapia del dolore pediatrico sono garantite, attraverso l'integrazione degli ambiti di assistenza, dalle seguenti figure professionali :

- a) medico specialista in pediatria , anestesia, rianimazione e terapia intensiva;
- b) pediatra di libera scelta;
- c) psicologo specialista;
- d) infermiere, infermiere pediatrico, fisioterapista, dietista;
- e) assistente sociale, operatore socio – sanitario.

2. Le figure professionali di cui al comma 1 possono essere integrate dall'assistente religioso.

Art. 4

1. Nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate sono idonei a operare i medici in servizio presso le reti mediche che,





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

indipendentemente dal possesso di una specializzazione, alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147, sono in possesso di un'esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 5

1. Il funzionamento delle reti nazionali delle cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, è garantito, a seconda della patologia di base e del quadro clinico, anche con la partecipazione di ulteriori figure professionali già presenti nelle strutture sanitarie del territorio.

Art 6

1. L'allegato tecnico al presente Accordo, che ne costituisce parte integrante, definisce i contenuti dei percorsi formativi obbligatori e omogenei in termini di conoscenza, competenza ed abilità previsti per le figure professionali operanti nelle reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, ai fini dello svolgimento dell'attività professionale.

Art. 7

1. Le tipologie delle strutture nelle quali si articolano a livello regionale le reti di cure palliative, terapia del dolore, cure palliative e terapia del dolore pediatrico, nonché le modalità per assicurarne il coordinamento sono indicate nell'Intesa sancita da questa Conferenza il 25 luglio 2012 (rep. Atti n. 151/CSR).

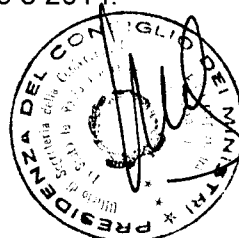
Art. 8

**1. All'attuazione del presente accordo si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
(ALL. 10)**

Il Sottosegretario BRESSA pone all'esame il punto 4 all'odg, che reca: Intesa sul D.P.C.M. di riparto delle risorse finanziarie del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità per gli anni 2013 e 2014 da destinare alla prevenzione e al contrasto della violenza contro le donne.

Il Sottosegretario LEGNINI fa presente che il fondo di 10 milioni di euro purtroppo si è ridotto: la somma disponibile è pari a 6.449.385 euro e che, quindi, tutto il resto deve essere parametrato di conseguenza.

Il Presidente MARINI comunica che le Regione avevano espresso l'avviso favorevole all'intesa sul dato che era stato comunicato, peraltro riferito agli anni 2013 e 2014.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Chiede, al riguardo, che il Governo definisca un referente politico interlocutore di questa materia e riprenda rapidamente i lavori del tavolo della *task force* su questo progetto.

Il **Sottosegretario BRESSA** prende atto della richiesta impegnandosi a fornire una risposta al più presto.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **SANCISCE INTESA** ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 2 del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, nella legge 15 ottobre 2013, n. 119, sul D.P.C.M. di riparto delle risorse finanziarie del Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità per gli anni 2013 e 2014 da destinare alla prevenzione e al contrasto della violenza contro le donne, nei termini e alle condizioni di cui in premessa
(ALL. 11)

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il punto 5 all'odg, che reca: **Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazioni CIPE concernente la ripartizione della quota accantonata, per l'anno 2013, sul Fondo sanitario nazionale per il finanziamento delle borse di studio in medicina generale – 3^a annualità del triennio 2011-2014, 2^a annualità del triennio 2011-2014 e 1^a annualità del triennio 2013-2016.**

Il **Presidente MARINI** esprime l'avviso favorevole delle Regioni.

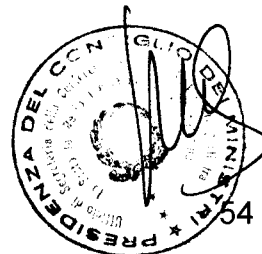
Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **ESPRIME INTESA** sulla proposta del Ministero della salute concernente la ripartizione della quota accantonata, per l'anno 2013, sul Fondo sanitario nazionale per il finanziamento delle borse di studio in medicina generale – 3^o annualità del triennio 2011-2014, 2^o annualità del triennio 2011-2014 e 1^o annualità del triennio 2013-2016, come da Allegato A, parte integrante del presente atto.
(ALL. 12)

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il punto 6 all'odg, che reca: **Parere sullo schema di decreto recante "Individuazione dei centri e aziende di frazionamento e di produzione di emoderivati autorizzati alla stipula delle convenzioni con le Regioni e le Province autonome per la lavorazione del plasma raccolto sul territorio nazionale.**

Il **Presidente MARINI**, a nome delle Regione, chiede il rinvio del punto per alcuni approfondimenti.

Pertanto, il punto è rinviato.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il **punto 7** all'odg, che reca: **Parere sulla richiesta del riconoscimento del carattere scientifico dell'ISMETT (Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione di Palermo).**

Il **Presidente MARINI** esprime il parere favorevole delle Regioni.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **ESPRIME PARERE FAVOREVOLE** sulla richiesta del riconoscimento del carattere scientifico dell'ISMET (Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione) di Palermo
(ALL. 13)

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il **punto 8** all'odg, che reca: **Parere sulla richiesta di conferma del carattere scientifico dell'Ospedale San Raffaele S.r.l. di Milano e di riconoscimento San Raffaele Turro.**

Il **Presidente MARINI** esprime il parere favorevole delle Regioni.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

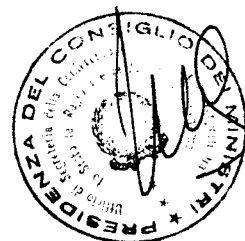
- **ESPRIME PARERE FAVOREVOLE** sulla richiesta di conferma di riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS "Ospedale San Raffaele S.r.l." di Milano e di riconoscimento del carattere scientifico della struttura "San Raffaele Turro".
(ALL. 14)

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il **punto 9** all'odg, che reca: **Accordo sullo schema di primo rapporto sull'attuazione della Strategia nazionale per la biodiversità (periodo 2011-2012).**

Il **Presidente MARINI** esprime l'avviso favorevole delle Regioni alla stipula dell'accordo.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **SANCISCE ACCORDO** ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul primo rapporto sull'attuazione della Strategia Nazionale per la Biodiversità (periodo 2011-2012), trasmesso dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare con nota prot. n. 11537/GAB del 4 giugno 2014 (allegato 1), di cui in premessa.
(ALL. 15)





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il Sottosegretario BRESSA pone all'esame il punto 10 all'odg, che, reca: Accordo sullo schema di linee guida per il recupero, soccorso, affidamento e gestione delle tartarughe marine ai fini della riabilitazione e per la manipolazione a scopi scientifici.

Il Presidente MARINI esprime l'avviso favorevole delle Regioni alla stipula dell'accordo.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **SANCISCE ACCORDO ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sulle Linee guida per il recupero, soccorso, affidamento e gestione delle tartarughe marine ai fini della riabilitazione e per la manipolazione a scopi scientifici (allegato 1), trasmesse dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare con nota prot. n. 11537/GAB del 4 giugno 2014, di cui in premessa. (ALL. 16)**

Il Sottosegretario BRESSA pone all'esame il punto 11 all'odg, che reca: Intesa sulla Strategia nazionale per la biodiversità: prime indicazioni programmatiche fino al 2015.

Il Presidente MARINI esprime l'avviso favorevole delle Regioni alla stipula dell'intesa.

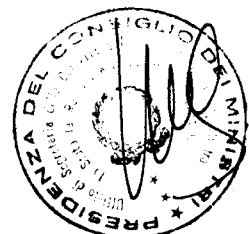
Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **SANCISCE INTESA ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sulla strategia nazionale per la biodiversità: prime indicazioni programmatiche fino al 2015 (allegato 1), trasmesso dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare con nota prot. n. 11537/GAB del 4 giugno 2014, di cui in premessa. (ALL. 17)**

Il Sottosegretario BRESSA pone all'esame il punto 12 all'odg, che reca: Acquisizione delle designazioni di due componenti in seno al tavolo tecnico operativo, istituito, presso il Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo, dall'articolo 8, comma 9 del decreto-legge 8 agosto 2013, n. 91, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 ottobre 2013, n. 112 recante: "Disposizioni urgenti per la tutela, la valorizzazione e il rilancio dei beni e delle attività culturali e del turismo".

Il Presidente MARINI consegna un documento contenente i *currucula* dei nominativi richiesti (ALL. 18a).

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- **ACQUISISCE LE DESIGNAZIONI** ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, quali componenti regionali in seno al tavolo tecnico operativo istituito, presso il Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo, dall'articolo 8, comma 9, del decreto-legge 8 agosto 2013, n. 91, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 ottobre 2013, n. 112 recante: "Disposizioni urgenti per la tutela, la valorizzazione e il rilancio dei beni e delle attività culturali e del turismo", dei seguenti esperti:
 - Dott.ssa Simona Teoldi – Regione Marche
 - Sig.ra Simona Celi – Regione Siciliana(ALL. 18)

Il Sottosegretario **BRESSA** pone all'esame il punto 13 all'odg, che reca: **Acquisizione delle designazioni di quattro componenti per la costituzione della Commissione per la Cinematografia di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 28 e articolo 5 del D.M. 10 febbraio 2014, recante disposizioni per la composizione e rideterminazione dei componenti degli organismi collegiali operanti presso la Direzione Generale per il Cinema.**

Il **Presidente MARINI** consegna un documento contenente i *currucula* dei nominativi richiesti (ALL. 19a).

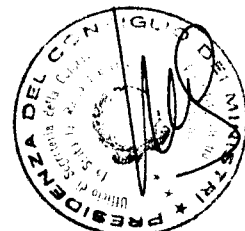
Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **ACQUISISCE LE DESIGNAZIONI** ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, quali componenti regionali in seno alla Commissione per la cinematografia di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 28, dei seguenti esperti:
 - Sezione consultiva per i film:**
 - Dott. Massimo Causo – Regione Puglia
 - Dott. Giuseppe Citrigno – Regione Calabria
 - Sezione consultiva per la promozione cinematografica:**
 - Dott.ssa Maria Teresa De Gregorio – Regione Veneto
 - Dott. Valerio Caprara – Regione Campania(ALL. 19)

Il Sottosegretario **BRESSA** pone all'esame il punto 14 all'odg, che reca: **Acquisizione della designazione per la sostituzione di un rappresentante regionale in seno al "Comitato per la valutazione dei piani di regolazione dell'offerta dei formaggi DOP e IGP ai sensi dell'articolo 126 quinquies del Regolamento (CE) n. 1234/2007.**

Il **Presidente MARINI** comunica il nominativo del dottor Piraino della Regione Calabria.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- **ACQUISISCE LA DESIGNAZIONE** dottor Pasquale Giorgio Piraino della Regione Calabria nel Comitato per la valutazione dei Piani di regolazione dell'offerta dei formaggio DOP e IGP ai sensi dell'articolo 126 *quinquies* del Regolamento (CE) n. 1234/2007 in sostituzione del dott. Rosario Franco della Regione Calabria.
(ALL. 20)

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il **punto 15** all'odg, che reca: **Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: "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 e ne comunica il rinvio.

Pone, quindi all'esame il **punto 17** all'odg, che reca: **Intesa sul Piano d'azione italiano per l'efficienza energetica 2014.**

Il **Presidente MARINI** esprime l'avviso favorevole delle Regioni alla stipula dell'intesa, subordinata all'inserimento, nel documento, di un capitolo che traduca la strategia stessa in termini di risultati attesi, azioni e indicatori di risultato e tempi di attuazione. Questo inserimento renderà il documento coerente con il piano d'azione di cui alla direttiva n. 27/2012. Chiede, inoltre, che in futuro si possa attivare il confronto istituzionale con le Regioni, prima di porre il documento in consultazione pubblica.

Il **Sottosegretario BRESSA** precisa che il punto è accolto con la specificazione delle Regioni.

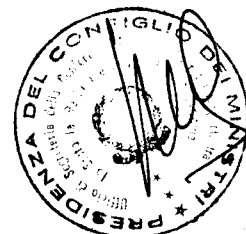
Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **SANCISCE INTESA** nei termini di cui in Premessa, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto legislativo 30 maggio 2008, n. 115, sul Piano d'adozione italiano per l'efficienza energetica. Anno 2014.
(ALL. 21)

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all'esame il **punto 18** all'odg, che reca: **Intesa sul Programma "Frutta nelle scuole" – Strategia Nazionale – Anno scolastico 2014-2015.**

Il **Presidente MARINI** esprime l'avviso favorevole delle Regioni alla stipula dell'intesa, con la richiesta di valutare, per l'anno scolastico 2015-2016, l'opportunità di prevedere bandi articolati per Regioni o per macroregioni, inerente la gestione.

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

- **SANCISCE INTESA** sul Programma “Frutta nelle scuole” – Strategia Nazionale – Anno scolastico 2014-2015, nei termini di cui in premessa. (ALL. 22)

Il **Sottosegretario BRESSA** pone all’esame il **punto 19** all’odg, che reca: **Parere sullo schema di decreto legislativo recante attuazione del Regolamento (CE) n. 2173/2005 del Consiglio del 20 dicembre 2005, relativo all’istituzione di un sistema di licenze FLEGT per le importazioni di legname nella Comunità europea e del Regolamento (UE) n. 995/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 ottobre 2010 che stabilisce gli obblighi degli operatori che commercializzano legno e prodotti da esso derivati.**

Il **Presidente MARINI** esprime l’avviso favorevole delle Regioni, condizionato all’accoglimento degli emendamenti contenuti nel documento che consegna (ALL. 23a).

Pertanto, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano

- **ESPRIME PARERE FAVOREVOLE** sullo schema di decreto legislativo recante attuazione del Regolamento (CE) n. 2173/2005 del Consiglio del 20 dicembre 2005, relativo all’istituzione di un sistema di licenze FLEGT per le importazioni di legname nella Comunità europea e del Regolamento (UE) n. 995/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 ottobre 2010, che stabilisce gli obblighi degli operatori che commercializzano legno e prodotti da esso derivati condizionato all’accoglimento delle proposte delle Regioni e delle Province autonome contenute nel documento di cui all’Allegato 1 che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto. (ALL. 23)

Il **Presidente MARINI** consegna un documento relativo al tema degli ammortizzatori sociali in deroga (ALL. 24). Riferisce che le Regioni, in un incontro con il Governo del dicembre 2013, hanno stilato un documento contenente alcune richieste relative alle risorse del biennio 2014-2015, che non sono state accolte.

Dichiara inoltre che vi sono problemi sulla tipologia dei lavoratori che sono stati individuati dal decreto, sui datori di lavoro, sui periodi lavorativi e che la situazione è molto dedicata. Le nuove procedure hanno previsto l’invio delle richieste direttamente all’INPS e la questione che necessita di una *governance* per gli aspetti sociali che implica, si è trasformata in adempimento burocratico. Le Regioni, ad esempio, non sono più in grado di avere le informazioni su tutte le richieste inevase, con problemi anche di ordine sociale per i cittadini, i lavoratori e le istituzioni, come gli uffici che danno risposte tecnico-amministrative.

Ritiene che se non si affronta una discussione finalizzata alla stesura della bozza di decreto sulle questioni sollevate dalle Regioni, non ha più senso che le Regioni debbano esercitare direttamente, e quindi esse intendono restituire, eventualmente allo Stato, le competenze amministrative in materia di ammortizzatori sociali in deroga.

Spiega che, per questo motivo, è stato chiesto un incontro con il Presidente del Consiglio dei Ministri.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Il **Sottosegretario BRESSA** rassicura le Regioni, assicurando che il Governo si rende conto della gravità della questione.

Il **Presidente MARINI** comunica che le Regioni hanno inviato una lettera, a firma del Presidente Errani, al Ministro Lupi, in ordine all'Allegato Infrastrutture al DEF 2014, (**ALL. 25**) chiedendo urgentemente un incontro preliminare per il prosieguo del confronto tecnico-politico. Riferisce che tale nota è già in possesso del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti ma che è opportuno dare un seguito alla richiesta in tempi rapidi.

Rappresenta inoltre una terza questione che riguarda i Programmi regionali 2014-2020 e consegna, a tal riguardo, un documento (**ALL. 26**). Precisa che le Regioni considerano inderogabile il termine individuato del 22 luglio e che, ogni eventuale ritardo potrebbe compromettere il pieno utilizzo della delle risorse finanziarie per l'annualità 2014 e parte dell'annualità 2015 e la relativa attuazione dei programmi.

Ribadisce la volontà delle Regioni di evitare che ci sia una deroga a questo termine che comporterebbe l'impossibilità a dare corso a programmi operativi regionali.

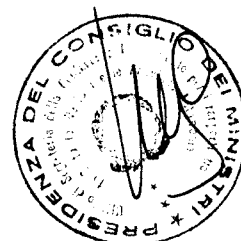
L'**Assessore GARAVAGLIA** interviene su un'altra questione non iscritta all'odg, affermando che è stata chiusa la prima parte di Patto orizzontale a favore della Regione Calabria con uno scambio di risorse/Patto, che le Regioni hanno formalizzato con una nota ufficiale (**ALL. 27**), ma che ci sono altre due richieste: la prima è quella già formulata in precedenza, relativa all'attivazione di un tavolo operativo sul Patto di stabilità per talune questioni già rappresentate in precedenza; la seconda, altrettanto importante, riguarda lo spostamento, al 30 settembre, dei termini previsti dalla legge n. 147/2013 per il Patto orizzontale tra le Regioni e dalla Legge n. 220/2010 per il Patto verticale verso i Comuni, proprio alla luce dell'applicazione ancora parziale del Patto orizzontale soprarichiamato. Infatti, spiega che, ad esempio, nella Regione Lombardia esiste la possibilità di ripartire ulteriori 50 milioni di euro fra i Comuni ricorrendo al Patto verticale, ma che, per farlo, è necessario che il termine venga riaperto.

Ritiene che, vista la situazione generale, sia la cosa più che opportuna da fare e precisa che ciò vale per entrambe le situazioni, sia per il Patto orizzontale che per quello verticale.

Comunica infine che la tabella allegata al documento consegnato riguarda la "questione Calabria".

Il **Sottosegretario LEGNINI** riferisce che era stata ipotizzata una possibilità dell'esame "fuori sacco" ai fini di un accordo su una delibera CIPE riguardante l'assegnazione dell'importo di 110 milioni di euro per il finanziamento di un Piano straordinario di manutenzione delle scuole destinato effettivamente a consentire la prosecuzione del lavoro da parte degli ex LSU delle scuole.

Precisa che la delibera CIPE necessitava di un assenso da parte della Conferenza per la ragione che detta somma avrebbe impattato sulla quota di Patto di stabilità delle Regioni determinandone, di fatto, ove questa destinazione fosse stata definitivamente assentita, una conseguente corrispondente riduzione.





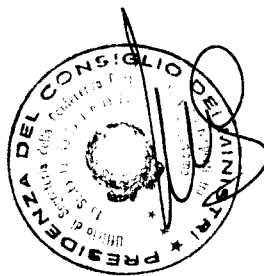
*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Poiché il Ministero dell'economia e delle finanze ha individuato una copertura alternativa che non impatta sul Patto di stabilità delle Regioni, iscrivendo nel bilancio di assestamento dell'anno corrente una somma di uguale importo e poiché l'assestamento sarà approvato entro l'autunno – spetta al Parlamento farlo – si pone solo un problema di anticipazione finanziaria, dal primo luglio fino all'approvazione di questo documento. Tuttavia, il Ministero dell'istruzione ha comunicato al Ministero dell'economia e delle finanze di volersi far carico di questa anticipazione e, quindi, per questa motivazione, l'argomento non verrà trattato in Conferenza Stato-Regioni.

Il **Sottosegretario BRESSA**, nel ringraziare i presenti per il contributo offerto, dichiara conclusi i lavori alle ore 18,30.

IL SEGRETARIO
Antonio Maddeo



IL PRESIDENTE
on. Maria Carmela Lanzetta

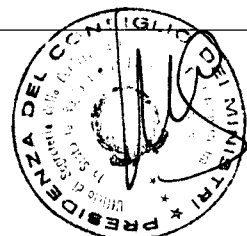


*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETARIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

DISTINTA DEGLI ALLEGATI

P. 16	ALL. 1/a ALL. 1/b ALL. 1	DOC. CINSEDO DOC. CONFERENZA REP. ATTI N. 82/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. non iscritto	ALL. 2	DOC. CINSEDO
P. non iscritto	ALL. 3	DOC. CINSEDO
P. non iscritto	ALL. 4 ALL. 5 ALL. 6 ALL. 7	DOC. CINSEDO DOC. CINSEDO DOC. CINSEDO DOC. CINSEDO
P. 1	ALL. 8	REP. ATTI N. 78/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 2	ALL. 9/a ALL. 9	DOC. CINSEDO REP. ATTI N. 79/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 3	ALL. 10	REP. ATTI N. 87/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 4	ALL. 11	REP. ATTI N. 86/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 5	ALL. 12	REP. ATTI N. 88/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 7	ALL. 13	REP. ATTI N. 89/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 8	ALL. 14	REP. ATTI N. 90/CSR DEL 10 LUGLIO 2014





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

P. 9	ALL. 15	REP. ATTI N. 85/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 10	ALL. 16	REP. ATTI N. 83/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 11	ALL. 17	REP. ATTI N. 84/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 12	ALL. 18/a ALL. 18	DOC. CINSEDO REP. ATTI N. 92/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 13	ALL. 19/a ALL. 19	DOC. CINSEDO REP. ATTI N. 91/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 14	ALL. 20	REP. ATTI N. 81/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 17	ALL. 21	REP. ATTI N. 77/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 18	ALL. 22	REP. ATTI N. 80/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. 19	ALL. 23/a ALL. 23	DOC. CINSEDO REP. ATTI N. 76/CSR DEL 10 LUGLIO 2014
P. non iscritto	ALL. 24	DOC. CINSEDO
P. non iscritto	ALL. 25	DOC. CINSEDO
P. non iscritto	ALL. 26	DOC. CINSEDO
P. non iscritto	ALL. 27	DOC. CINSEDO

