

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Siciliana
Presidenza

Dipartimento degli Affari Extraregionali

Dipartimento degli Affari Extraregionali

Servizio 2

Relazioni con gli organi e le istituzioni dello Stato

U.O. “Coordinamento attività connesse alle
Commissioni della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome”

REPORT SEDUTA DELLA
CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
12 LUGLIO 2018 –ORE 11:30–VIA PARIGI N. 11, ROMA

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, presieduta dal Presidente della Regione Emilia-Romagna, Bonaccini, ha esaminato e discusso i seguenti punti iscritti all’ordine del giorno, con i relativi esiti:

1) Approvazione resoconto sommario seduta del 21 giugno 2018

Approvato

2) Comunicazioni del Presidente

Il Presidente Bonaccini comunica che la richiesta di patrocinio e utilizzo del logo, avanzata dalla Fondazione Senior Italia per la quarta edizione della campagna di comunicazione “Festa dei nonni – Millepiazze” che avrà luogo dal 20 settembre al 2 ottobre 2018. Panacea-Società, ha avuto il parere favorevole della Commissione competente.

La Conferenza pertanto concede il patrocinio e l’utilizzo del logo.

3) Esame questioni all’o.d.g. della Conferenza Unificata

Esaminate

4) Esame questioni all'o.d.g. della Conferenza Stato-Regioni

Esaminate

5) COMMISSIONE INFRASTRUTTURE, MOBILITA' E GOVERNO DEL TERRITORIO - Regione CAMPANIA

Integrazioni e modifiche al documento del 21 settembre 2017 sulla Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale in vista della messa in esercizio prevista per il 1° agosto 2018 – Punto all'esame della Commissione nella riunione programmata per l'11 luglio 2018

La Conferenza approva il documento (All. 1), predisposto dalla Commissione Infrastrutture, mobilità e governo del territorio

6) COMMISSIONE SALUTE - Regione PIEMONTE

Proposta di documento sulle problematiche del Servizio Sanitario Nazionale da rappresentare in audizione presso la Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica - Punto all'esame della Commissione nella riunione programmata per l'11 luglio 2018

L'Assessore della Regione Piemonte, Antonino Saitta, Coordinatore della Commissione Salute ha illustrato i contenuti del documento predisposto dalla Commissione Salute (All. 2), evidenziando in particolare le tematiche relative all'emergenza personale, alle risorse del FSN, al rifinanziamento dell'art. 20 – edilizia sanitaria, precisando che nello stesso documento è allegata l'informativa sul NUE 112.

La Conferenza ha deciso di ampliare il documento con alcune ulteriori tematiche, quali la Governance e le questioni riportate in sede di audizione Camera-Senato sul Delf.

7) Varie ed eventuali

E' stata anticipata la questione relativa all'Autonomia differenziata delle Regioni, nonché la questione dei rapporti con il nuovo Governo

8) Rinnovo cariche Osservatorio Interregionale sulla Cooperazione allo Sviluppo – OICS (art. 8 dello Statuto)

Il Presidente Toma, neo Presidente della Regione Molise, che deteneva la presidenza dell'OICS, aveva chiesto di poter effettuare alcune verifiche prima che la Conferenza si pronunciasse sul rinnovo delle cariche dell'Osservatorio. La Regione Molise ha sciolto la riserva non candidandosi ad alcuna carica dell'Osservatorio.

La Regione Sardegna, coordinatrice della materia cooperazione internazionale, proporrà alla prossima Conferenza il quadro della situazione e i passaggi da effettuare.

Presenti, come uditori, il dott. Pietro Antonello Rinaldi e la dott.ssa Margherita Cappelletti, del Dipartimento degli Affari Extraregionali

F.to Il Dirigente dell'U.O.
Dott.ssa Margherita Cappelletti

Visto
Il Dirigente del Servizio
Dott. Pietro Antonello Rinaldi

NUOVA TARIFFA CON APPLICAZIONE SOVRAREGIONALE

Specificazioni e integrazioni al Documento della Conferenza delle Regioni e Province autonome per la revisione dell'attuale modalità di calcolo dei prezzi nel trasporto pubblico locale ferroviario interregionale, approvato nella seduta del 21 settembre 2017

Roma, 12 luglio 2018

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta del **3 agosto 2017** ha approvato un documento che rivede il metodo di calcolo dei prezzi per le relazioni sovraregionali del trasporto ferroviario in quanto nel corso degli anni l'algoritmo individuato nel 2007 ha manifestato alcuni effetti, percepiti come distorsivi dei prezzi.

Detto documento individuava altresì una serie di impegni indifferibili a carico sia delle Regioni e delle Province autonome che di Trenitalia, affinché in tempi certi si potesse giungere alla concreta attuazione del nuovo metodo di calcolo dei prezzi.

Il documento è stato trasmesso formalmente ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome e all'Amministratore delegato di Trenitalia S.p.A. che ha sollevato perplessità in ordine ad alcune delle scelte in esso contenute.

Al fine di dare soluzione alle criticità evidenziate, è stato svolto un ulteriore approfondimento a livello tecnico con i rappresentanti di Trenitalia che ha reso necessario un intervento della Conferenza nella seduta del 21 settembre 2017 a modifica e integrazione del documento del 3 agosto 2017.

Successivamente, in vista della messa in esercizio della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale il 1° agosto 2018, sono state audite dalla Commissione Infrastrutture, Mobilità e Governo del territorio, in data 9 maggio 2018, la società Trenitalia S.p.A. e le Associazioni degli utenti, per la messa a punto degli ultimi aspetti operativi e procedurali – approvati dalla Commissione nella seduta tenutasi nella medesima giornata – e relativi a:

- a. Modalità di rimborso degli abbonati
- b. Deliberazione tariffe fino a 700 Km
- c. Monitoraggio della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale

Sul tema della spesa per l'adeguamento della piattaforma informatica di bigliettazione sostenuto, Trenitalia S.p.A. ha comunicato che tale spesa di adeguamento sarà imputata alle singole Regioni e Province autonome a costo investimento e gestito, per le compensazioni, nell'ambito dei singoli contratti di servizio e, contestualmente, ha chiesto alle Regioni di indicare il criterio con cui suddividere il costo complessivo dell'adeguamento tra esse.

La Conferenza delle Regioni e Province autonome su tale tema, attesa la non immediata individuazione di una soluzione condivisa, ritiene necessario istituire un tavolo tecnico tra le Regioni e Province autonome e Trenitalia S.p.A. che nel mese di settembre 2018 faccia una proposta definitiva.

Di seguito il testo del documento del 21 settembre 2017 coordinato con le integrazioni e le specificazioni finali.

NUOVA TARIFFA CON APPLICAZIONE SOVRAREGIONALE

DOCUMENTO DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME PER LA REVISIONE DELL'ATTUALE MODALITÀ DI CALCOLO DEI PREZZI NEL TRASPORTO PUBBLICO LOCALE FERROVIARIO INTERREGIONALE

PREMESSO CHE

- si è reso necessario rivedere il metodo di calcolo dei prezzi per le relazioni sovraregionali del trasporto ferroviario in quanto nel corso degli anni l'algoritmo individuato nel 2007 ha manifestato alcuni effetti, percepiti come distorsivi dei prezzi per gli abbonati di specifiche relazioni, derivati dai diversi andamenti tariffari attuati dalle Regioni nel tempo;
- la Conferenza delle Regioni e Province autonome (nel seguito **Regioni/PA**) ha istituito uno specifico Gruppo Tecnico di lavoro con Trenitalia S.p.A. (nel seguito solo **Trenitalia**) che ha svolto un lungo e complesso percorso di analisi e indagine volto ad individuare una nuova modalità di calcolo delle tariffe con applicazione sovraregionale, che, auspicabilmente, non presentasse nel tempo le criticità della precedente modalità e che, contestualmente, non avesse effetti traumatici per il sistema del trasporto regionale in termini di risorse economiche.

PREMESSO, ALTRESÌ, CHE

- le Regioni/PA, a seguito del predetto lavoro svolto con il supporto tecnico di Trenitalia e dei dati da essa forniti, hanno individuato una Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale che utilizza uno specifico algoritmo di calcolo e determinati criteri di applicazione dello stesso;
- la nuova Applicazione Sovraregionale è descritta, unitamente alle modalità di attuazione, nel documento **"La Nuova Tariffe con Applicazione Sovraregionale (con analisi dell'impatto)"**, allegato al presente, che si intende integralmente riportato in epigrafe e condiviso.

CONSIDERATO CHE

- la Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale è determinata sulla base di un algoritmo elaborato sul principio di “**proporzionalità al prezzo**” delle tariffe sulle singole tratte regionali di un percorso sovraregionale;
- ai fini della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale si confermano i **confini geografici regionali** per viaggi fra due o più Regioni e/o Province autonome sui treni regionali, già in uso dall’avvio della tariffa con applicazione sovraregionale nel novembre 2007 e riportati nell’Allegato 14 delle Condizioni Generali di Trasporto Passeggeri di Trenitalia – Parte III;
- i **prezzi degli Abbonamenti** mensili e annuali che arretrano per effetto del calcolo secondo la Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale avranno validità retroattiva a partire dal 1° ottobre 2017 e gli stessi ~~entreranno in vigore entro sei mesi — tempo indispensabile per l’aggiornamento dei sistemi informatici di Trenitalia all’uso utilizzati — dal completamento da parte delle Regioni/PA delle attività necessarie alla implementazione dell’algoritmo e descritte nella successiva sezione “IMPEGNI INDIFFERIBILI DELLE PARTI AI FINI DELL’ATTUAZIONE”~~ **entrano in esercizio in data 1° agosto 2018**;
- i **prezzi delle Corse Semplici** vengono bloccati ai valori del 1° agosto 2017; i prezzi delle Corse Semplici che si incrementano per effetto del calcolo secondo la Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale entreranno in vigore il 1° agosto 2018 mentre, a partire da tale data, si continuerà ad applicare il prezzo bloccato al 1° agosto 2017 fino a quando il prezzo calcolato secondo la Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale non diverrà pari o superiore, a seguito degli adeguamenti tariffari eventualmente effettuati dalle singole Regioni/PA;
- gli **adeguamenti tariffari** delle tariffe sovraregionali saranno effettuati due volte all’anno, il 1° febbraio e il 1° agosto;
- il **primo adeguamento tariffario** con la Nuova Applicazione Sovraregionale si effettuerà, sia per gli Abbonamenti che per le Corse Semplici, il 1° agosto 2018;
- le **distorsioni tariffarie**, intese come l’attribuzione da parte del nuovo algoritmo di un prezzo inferiore per un percorso con determinata Origine più lungo di un percorso più breve con stessa Origine sulla medesima direttrice, saranno corrette in modo automatico dall’algoritmo, quando possibile, applicando al percorso più lungo lo stesso prezzo del percorso più breve sulla stessa direttrice per il quale si è manifestato il fenomeno distorsivo ovvero con interventi ad hoc; il controllo sulle possibili distorsioni sarà reiterato ad ogni incremento tariffario attuato dalle singole Regioni/PA, anche sulla scorta di indagini sull’andamento delle vendite effettuate da Trenitalia;
- l’**attribuzione dei ricavi** da biglietti e abbonamenti sovraregionali ai singoli contratti di servizio continuerà a essere effettuata da Trenitalia applicando la metodologia oggi in uso.
- **il rimborso agli abbonati i cui titoli di viaggio, in virtù della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale, risultano avere una riduzione di costo, avviene come segue:**
 - *viene determinato un Bonus calcolato con il maggiore costo sostenuto a partire dal mese di ottobre 2017 e fino al luglio 2018, con un raddoppio del Bonus del mese di ottobre;*
 - *il Bonus viene richiesto dagli abbonati sia per gli abbonamenti mensili che per gli abbonamenti annuali;*
 - *il Bonus può essere richiesto, per le due tipologie di abbonamenti, quando gli stessi sono scaduti (si valuterà la possibilità tecnica di rimborsare gli abbonamenti annuali 2017 non alla loro scadenza ma all’atto della richiesta), presentando gli originali dei titoli di viaggio, nel caso di richiesta in biglietteria, per gli abbonamenti cartacei, mentre per gli abbonamenti elettronici la richiesta può essere presentata sia in biglietteria che via web;*
 - *per ogni abbonamento si riceve un Bonus (è comunque considerata anche la possibilità di fornire un Bonus cumulativo per i casi di più abbonamenti mensili dello stesso viaggiatore, previa verifica tecnica della fattibilità);*

- ogni Bonus può essere utilizzato, a scalare fino a esaurimento, entro dodici mesi dall'emissione sia per acquistare biglietti che abbonamenti, sia regionali che interregionali;
- per gli abbonamenti annuali 2017 viene considerato il periodo di validità pari al numero di mesi a partire da ottobre 2017 e viene utilizzata la formula di calcolo $RIMBORSO = (\text{Costo Abbonamento}) - (1/10 \text{ del costo annuale } \times \text{ mesi di utilizzo}) - \text{Trattenuta del } 5\%$.
- le **tabelle dei costi kilometrici fino a 700 Km**, necessarie per uniformare i meccanismi di applicazione dell'algoritmo di calcolo dei costi di abbonamenti e corsa semplice per tutte le possibili tratte Origine-Destinazione, che alla data dell'entrata in esercizio della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale (1° agosto 2018) non risultano ancora deliberate dalle Regioni e Province autonome competenti e trasmesse a Trenitalia, saranno sostituite da quest'ultima, temporaneamente, da quelle da essa elaborate al proprio interno per l'avvio dell'applicativo informatico, con l'impegno alla sostituzione delle stesse con quelle che verranno rese disponibili dalle Regioni e Province autonome interessate.
- risulta necessaria e utile un'attività di **Monitoraggio della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale** da parte delle Regioni e Province autonome con partecipazione di Trenitalia S.p.A. e delle Associazioni degli utenti.

TENUTO CONTO CHE

- la modifica dell'algoritmo per il calcolo della tariffa sovraregionale è una indubbia causa esogena per le imprese ferroviarie ai fini dell'applicazione delle regole contrattuali;
- una revisione della tariffa con applicazione sovraregionale può essere attuata solo in un sistema nazionale, condiviso quindi da tutte le Regioni e Province autonome interessate al trasporto pubblico locale su ferro, per favorire la mobilità interregionale;
- l'attuazione della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale può essere resa operativa solo con una puntuale esecuzione da parte delle aziende esercenti il Servizio di tutte le attività implementative del nuovo sistema che rispondano a tutte le regole predette;
- è necessario, pertanto, definire una serie di impegni indifferibili che le parti devono assumere evidenziando che il mancato adempimento di uno degli impegni successivamente descritti e nei tempi indicati, con particolare riferimento a quelli di cui ai punti 1a e 2a, comporterà la non applicabilità della nuova tariffa sovraregionale su tutto il territorio nazionale.

SONO DEFINITI I SEGUENTI **ULTIMI** IMPEGNI DELLE PARTI

AI FINI DELL'ATTUAZIONE **E DELLA GESTIONE**

DELLA NUOVA TARIFFA CON APPLICAZIONE

SOVRAREGIONALE

1. Le singole Regioni e Province autonome vengono impegnate a:
 - a. deliberare e comunicare a Trenitalia S.p.A., se non ancora fatto, le nuove tabelle dei costi Kilometrici fino a 700 Km, con l'intesa che in caso di mancata approvazione e trasmissione entro una data utile a consentire a quest'ultima la messa in esercizio della Nuova Tariffa con Applicazione

Sovraregionale il 1° agosto 2018, quest'ultima è autorizzata a utilizzare una tabella provvisoria elaborata al proprio interno e che sarà sostituita, quando trasmessa, con quella della Regione e/o Provincia autonoma interessata;

- b. apportare, se non ancora fatto e se ciò risulta necessario, ogni modifica/integrazione al proprio Contratto di Servizio che recepisca la Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale;
 - c. contribuire con ogni atto e intervento necessario, per le proprie rispettive competenze locali sul tema generale della Nuova Tariffa con Applicazione sovraregionale, a garantire l'attuazione della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale così come descritta nelle premesse al presente documento, che si intendono integralmente approvate dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome;
 - d. fornire a Trenitalia S.p.A. ogni necessario supporto ai fini della comunicazione agli utenti su tutto quanto interessi la Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale;
 - e. fornire a Trenitalia ogni necessario supporto per risolvere eventuali criticità che dovessero emergere nel corso dello sviluppo del nuovo sistema per il calcolo della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale.
2. Trenitalia S.p.A. viene invitata ad adottare gli atti di propria spettanza meglio specificati come segue:
- a. mettere in esercizio la Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale il 1° agosto 2018;
 - b. contribuire, per quanto di propria competenza, con ogni atto e intervento necessario a garantire l'attuazione della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale così come descritta nelle premesse al presente documento, che si intendono integralmente approvate dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome;
 - c. concordare sempre in maniera preventiva con le Regioni e Province autonome interessate, i prezzi per le OD per le quali si riscontra una distorsione tariffaria che necessitano di interventi ad hoc;
 - d. monitorare annualmente, di concerto con le Regioni e Province autonome, l'andamento della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale per valutarne, sulla base di dati di sintesi, gli effetti sugli utenti e sui ricavi da traffico e individuare eventuali correttivi che dovessero rendersi necessari;
 - e. curare, anche con il supporto delle singole Regioni e Province autonome, un piano di comunicazione che possa utilizzare – oltre a tutti i canali di comunicazione delle Regioni e delle Province Autonome – anche i canali di comunicazione in capo alle imprese ferroviarie interessate, per rendere note le modalità di applicazione delle nuove tariffe sovraregionali.
3. Le Regioni e Province autonome provvederanno, con successiva determinazione, a istituire un Tavolo di Monitoraggio dell'attuazione della Nuova Tariffa con Applicazione Sovraregionale con la partecipazione di Trenitalia S.p.A. e delle Associazioni degli utenti e di categoria interessate.
4. Non essendo ancora definito il costo effettivo dell'adeguamento del sistema informatico di bigliettazione da parte di Trenitalia S.p.A. e l'eventuale possibile partecipazione a tale costo delle Regioni e Province Autonome secondo quanto previsto dai rispettivi contratti di servizio, l'approfondimento del tema e la formulazione di una proposta risolutiva è demandato a un tavolo tecnico tra le Regioni e le Province autonome e Trenitalia S.p.A. nel mese di settembre 2018.

Bozza per discussione

*Documento per Audizione Commissione Igiene e Sanità del Senato della
Repubblica*

La Commissione ribadisce la necessità di consolidare il principio di leale collaborazione tra i livelli istituzionali e favorire il pieno esercizio delle responsabilità regionali nel perseguire e raggiungere l'obiettivo di offrire ai cittadini del nostro paese livelli di servizio coerenti con i provvedimenti nazionali (ne sia un esempio il DPCM nuovi LEA e le recenti politiche vaccinali), ma anche della non rinunciabile e necessaria autonomia delle Regioni nella programmazione e organizzazione dei Servizi Sanitari Regionali, **confermata dall'esito del referendum istituzionale del 4 dicembre 2016.**

In questo contesto, assumono rilievo **le richieste di autonomia differenziata da parte di numerose regioni** - si vedano, ad esempio, le **pre-intese** firmate dalla Regione Veneto, dalla Regione Lombardia e della Regione Emilia-Romagna con il precedente governo - che rappresentano la risposta a mancate soluzioni su tematiche di grande rilievo e urgenza per il Servizio Sanitario Nazionale.

Tra le tematiche urgenti si fa specifico riferimento (si vedano poi le schede di dettaglio):

1) alla **formazione degli operatori della sanità**, con particolare riferimento ai medici specialisti di alcune discipline, dove la carenza di figure professionali è diventata una vera e propria urgenza del Servizio Sanitario Nazionale. Questa situazione è il risultato dell'estrema difficoltà che si registra, da molti anni, tra chi (le regioni) definisce e finanzia i fabbisogni formativi, avendo la responsabilità di programmare, organizzare e gestire i servizi sanitari, e chi (il sistema universitario) organizza e gestisce le attività formative, privilegiando altre esigenze: viene così a mancare quell'incrocio indispensabile tra domanda ed offerta, che sta generando carenze di servizi (vedi medicina di urgenza, pediatria... e/o eccessi di professionisti che non trovano collocazione nel SSN.

2) alle **risorse del FSN**, le cui dinamiche incrementalì previste per i prossimi anni sono insufficienti a coprire i soli costi dei rinnovi contrattuali.

Fatte queste importanti premesse, la Commissione Salute ritiene necessario rilanciare il confronto a tutti i livelli istituzionali, sui seguenti argomenti già esposti ai Ministri della Salute pro tempore della XVII e della XVIII legislatura:

- a) **le risorse finanziarie;**
- b) **le risorse umane e professionali del SSN;**
- c) **gli investimenti;**
- d) **la governance delle politiche e della spesa per il farmaco;**
- e) **il rilancio della medicina generale, e delle cure primarie;**
- f) **riforma delle Agenzie Nazionali (AIFA e AGENAS) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)**

In allegato si riportano anche le informazioni richieste rispetto al Numero Unico di Emergenza 112.

a) Risorse finanziarie

Nell'ultimo Patto per la Salute siglato tra Stato e Regioni, all'articolo 1, erano stati concordati i seguenti indirizzi:

- g. l'aumento delle risorse *indistinte* del fondo;
- h. l'aggiornamento dei LEA, coerentemente con l'incremento delle risorse pattuito;
- i. la riduzione delle cosiddette risorse *vincolate*, in quanto ci si proponeva, in generale, di adottare il criterio di riparto della quota di accesso, salvaguardando espressamente gli obiettivi di salute delle leggi che le avevano introdotte;
- j. una maggiore autonomia e flessibilità nella gestione e nell'utilizzo delle risorse per i cosiddetti *obiettivi di Piano*;
- k. una destinazione delle risorse pattuite, e di eventuali risparmi derivanti dall'attuazione del Patto, a finalità "sanitarie".

Nel corso degli anni, invece, le politiche sanitarie sono state caratterizzate da:

- un **ridotto incremento delle risorse *indistinte***. Infatti gli incrementi delle risorse, di gran lunga inferiori a quelli contenuti nel Patto –le Regioni hanno responsabilmente dato un contributo importante per affrontare la lunga crisi economica del Paese –, sono stati quasi sistematicamente vincolati, seppur per tematiche di prioritaria importanza per la salute dei cittadini;
- un **conseguente e significativo aumento delle risorse *vincolate***, in particolare nell'area della farmaceutica, che ha almeno tre conseguenze negative: a) genera aspettative nei portatori di interesse, nelle categorie interessate dal 'vincolo', alimentando pretese e spinte a politiche settoriali, non organiche, con le evidenti ricadute negative sui SSR; b) genera una inutile e defatigante complessità burocratico-amministrativa, costringendo le amministrazioni (Stato centrale e Regioni) a impiegare risorse umane per documentare le modalità di impiego delle risorse vincolate ad un determinato settore, per controllarne formalmente l'utilizzo, con scarsa attenzione al risultato; c) impedisce spesso, per sua stessa natura, un approccio sistemico ed organico ai problemi ed alla loro soluzione;
- alcune **importanti iniziative** (nuovamente farmaci innovativi, terra dei Fuochi, ILVA Taranto, attività dell'ISS...), sono state finanziate con risorse dedicate **agli obiettivi di Piano**, riducendo gli spazi di autonomia delle Regioni.

E' necessario, che sia ristabilita l'applicazione del binomio autonomia-responsabilità, riprendendo gli indirizzi del Patto con l'impegno a:

- garantire **l'autonomia, programmatica ed organizzativa**, delle Regioni nella realizzazione dell'obiettivo dell'erogazione dei LEA, in condizione di efficienza, qualità e appropriatezza;
- garantire **l'autonomia regionale nell'utilizzo delle risorse**, eliminando sia i vincoli di destinazione – salvo casi straordinari da concordare preventivamente –, sia lo strumento, obsoleto e burocratico, degli *obiettivi di piano*, riportando tali risorse nel 'contenitore' del fabbisogno *indistinto*;
- rinforzare gli **strumenti e gli indicatori di verifica dei livelli assistenziali** erogati dalle Regioni e la valutazione sui risultati raggiunti, attraverso la definizione – previa intesa con le Regioni – del *Nuovo Sistema di Garanzia* previsto dagli artt. 1 e 10 del Patto per la

Salute, favorendo il confronto tra le buone pratiche regionali, la loro diffusione e la trasparenza dei procedimenti;

- **correlare** le risorse per il fondo sanitario nazionale con l'andamento del **PIL**

b) Risorse umane e professionali del SSN

La **definizione del fabbisogno formativo** di personale sanitario è un tema rilevante e strategico sia per il cittadino/paziente, la cui garanzia di ricevere cure e assistenza nel futuro è direttamente correlata alla quantità e qualità dei professionisti sanitari che saranno a disposizione a quel tempo, sia per i professionisti sanitari stessi che devono poter contare su di un'organizzazione del lavoro adeguata alle sfide del futuro.

I cambiamenti indotti dal mutato contesto epidemiologico e dalla riorganizzazione dei servizi – che devono tenere conto delle grandi innovazioni tecnologiche e di processo in atto – richiedono un profondo ripensamento dei modelli e dei percorsi formativi a tutti i livelli (pre e post laurea). Aggiungasi il ricambio generazionale in arrivo (in particolare il prossimo pensionamento di quote rilevanti dei medici specialisti e della medicina generale) che può rappresentare, se gestito correttamente e con grande tempestività, una opportunità di supporto al cambiamento ma anche, se si proseguirà con le attuali regole e metodologie, un grande rischio per il SSN che non avrà le risorse professionali adeguate e necessarie a rispondere ai bisogni della popolazione.

Ciò rende indispensabile che le Regioni rilancino con forza il confronto con il Governo centrale – in particolare con MIUR e Ministero della Salute – e con le rappresentanze del mondo professionale per definire **nuovi criteri di programmazione, gestione e valutazione delle attività formative** coerenti alle nuove sfide del SSN e ai nuovi modelli e fabbisogni organizzativi.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si propone:

- la **rivalutazione della potenzialità formativa**, in termini numerici, dei corsi di laurea, delle scuole di specializzazione, della formazione post laurea;
- l'**introduzione di corsi di specializzazione universitaria** anche per la **medicina generale** al posto degli attuali **corsi di formazione organizzati a livello regionale**, nonché per la pediatria l'acquisizione di maggiori specifiche competenze riguardanti l'assistenza territoriale all'interno dell'attuale formazione specialistica;
- la **revisione dei contenuti formativi dei corsi universitari**, pre e post laurea per renderli coerenti alle nuove esigenze del SSN;
- la **revisione degli attuali profili professionali**, con l'inserimento delle nuove esigenze anche con riferimento alla ricerca;
- la **formazione continua, l'aggiornamento e la valutazione continua** delle competenze.

In tale contesto si ritengono particolarmente rilevanti e urgenti due questioni.

1. Formazione specialistica dei medici

Modalità attuali di formazione specialistica dei medici

La formazione specialistica dei medici è disciplinata dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

I medici che accedono alle scuole di specializzazione accreditate beneficiano di un contratto di formazione specialistica, finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali.

Lo schema-tipo del contratto è definito con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 6 luglio 2007.

Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, sulla base delle richieste di fabbisogno espresse dalle regioni, stabilisce annualmente per ogni ateneo il numero posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione e il numero di contratti di formazione specialistica da attivare.

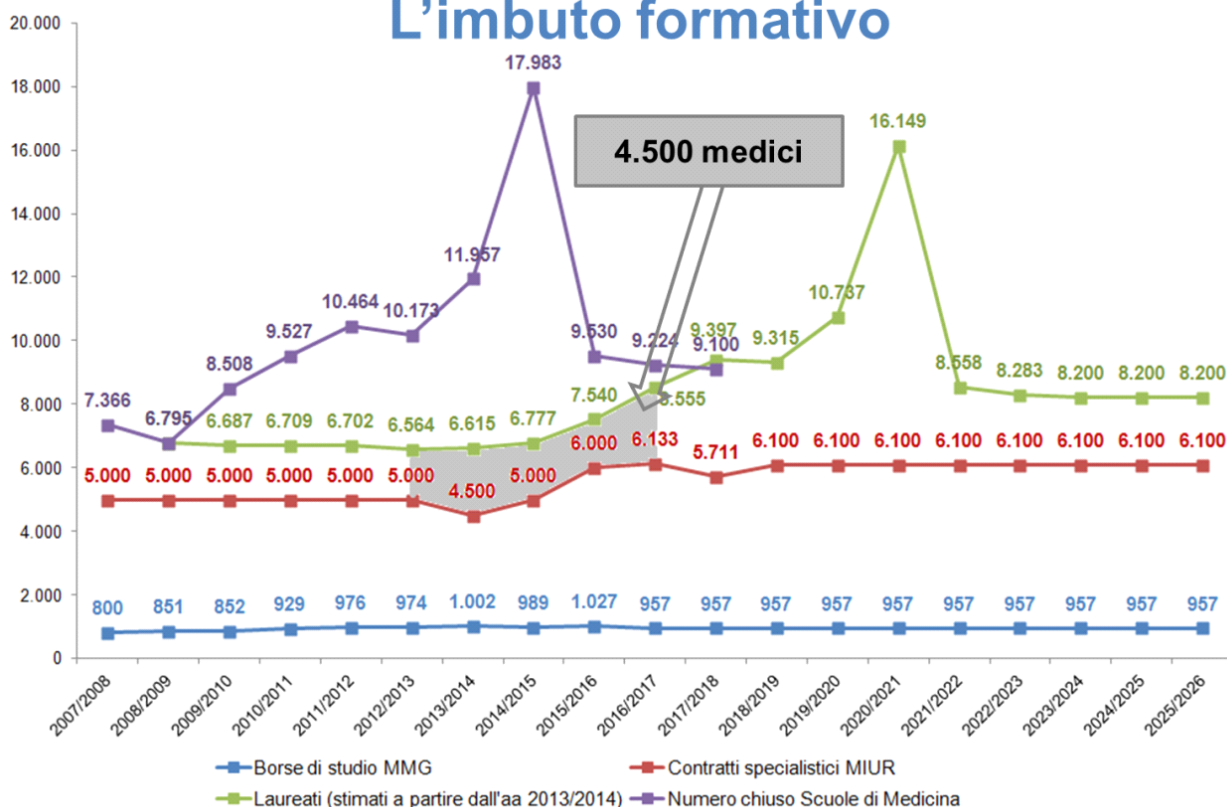
Possono essere attivati ulteriori contratti finanziati da regioni, da enti pubblici, o enti e aziende privati tramite finanziamenti acquisiti dall'Università, che si aggiungono ai contratti statali al fine di colmare l'eventuale divario tra fabbisogni e numero dei contratti ministeriali assegnati.

Il bando del MIUR per l'ammissione dei laureati in medicina alle scuole di specializzazione di area sanitaria, per l'a.a. 2017/2018 ha finanziato 6.200 contratti di formazione specialistica, ai quali si aggiungeranno quelli finanziati con risorse regionali, ma il numero dei contratti attivati risulta sempre di molto inferiore rispetto al fabbisogno espresso dalle regioni, che per lo stesso anno ammonta a 8.569 unità.

Criticità

La non corrispondenza tra il numero di laureati in medicina e il numero degli ammessi alle scuole di specializzazione ha determinato il cosiddetto imbuto formativo:

L'imbuto formativo



Palermo, Ragazzo, Montemurro; D'Arienzo 2016

Tale divario, dovuto alla limitazione del numero di contratti di formazione specialistica attivati ogni anno, sta determinando una cronica carenza di personale medico nelle strutture del servizio sanitario regionale rispetto ai fabbisogni espressi sulla base delle esigenze sanitarie e della situazione occupazionale

Proposte

- Incremento del numero dei contratti di formazione specialistica finanziati dallo Stato per ogni anno accademico al fine di rispondere ai fabbisogni espressi dalle regioni e distribuzione degli stessi in proporzione alle richieste delle singole regioni;
- ampliamento della rete formativa delle specializzazioni mediche. In particolare, allo scopo di allineare la formazione dei medici specialisti alle esigenze regionali, si chiede le possibilità attivare percorsi alternativi di formazione specialistica dei medici presso le aziende sanitarie e ospedaliere del sistema socio sanitario regionale che abbiano ottenuto l'accreditamento, in raccordo con le università che continueranno a svolgere la parte teorica della formazione.

Tale possibilità è peraltro consentita dall'articolo 20 del d.lgs 368/1999 il quale sancisce tra l'altro che la formazione finalizzata ad ottenere un diploma di medico chirurgo specialista deve essere effettuata *“in un ateneo universitario o in un'azienda ospedaliera o in un istituto accreditato a tal fine dalle autorità competenti”*;

- accesso alle strutture ospedaliere e territoriali del servizio sanitario regionale dei medici in possesso di laurea in medicina e chirurgia e abilitazione all'esercizio della professione.

Per costoro in particolare:

1. potrà essere previsto l'inserimento in una struttura sanitaria con un percorso finalizzato alla stipula di contratti a tempo determinato di "specializzazione e lavoro", alternativo al percorso di specializzazione;

2. dovranno essere definite le modalità per l'inserimento dei medici titolari del predetto contratto di specializzazione lavoro all'interno delle Strutture del Servizio Sanitario Nazionale, fermo restando che il contratto in esame non potrà dar in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale, né all'instaurazione di alcun rapporto a tempo indeterminato con lo stesso, se non interviene una procedura selettiva a tal fine dedicata;

3. dovranno essere concordate dalle Regioni con gli Atenei regionali percorsi per il possibile accesso dei Medici titolari del suddetto contratto alle scuole di specializzazione, nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole medesime.

Andrà inoltre valutata la possibilità di assumere a tempo indeterminato nelle strutture sanitarie medici laureati e abilitati benché privi di specializzazione per lo svolgimento di attività medico chirurgiche di supporto, in coerenza con il grado di conoscenze, competenze ed abilità acquisite, con autonomia vincolata nell'ambito delle direttive ricevute da un dirigente medico responsabile. In tal caso dovrà essere introdotta anche idonea previsione contrattuale.

Su tale tematica si rappresenta la necessità di decisioni immediate anche attraverso atti normativi.

2 Nuovo limite di spesa per il personale del SSN

Normativa attuale

L'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni, confermando la disposizione contenuta nell'articolo 1, comma 565 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

L'art. 17, comma 3-bis, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, come sostituito dall' art. 1, comma 584, lett. b), della legge 23 dicembre 2014, n. 190

ed integrativo o dall'articolo 1, comma 454 della L. 27 dicembre 2017, n. 205 stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, la regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento del predetto obiettivo di spesa. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale, ovvero una variazione dello 0,1% annuo fino al totale conseguimento nell'anno 2020 degli obiettivi previsti all'articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge 191/2009.

Criticità

Le disposizioni di legge di cui sopra, prevedendo o riproducendo un vincolo alla spesa del personale ancorato alla spesa storica dell'anno 2004, oltre tutto ridotta dell'1,4%, hanno perso qualsiasi attualità e significato e necessitano, quindi, di essere riviste alla luce della dinamica più recente della spesa effettiva di personale sostenuta dalle Regioni in rapporto anche alla riorganizzazione intervenuta nei sistemi sanitari regionali.

Proposte

E' pertanto necessario ancorare la spesa del personale del SSN ad un nuovo parametro, che pur salvaguardando l'equilibrio economico finanziario del sistema nel quadro del rispetto degli adempimenti relativi all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, tenga conto dell'incremento annuale del FSN.

c) Investimenti

Prioritariamente si evidenzia la necessità di un rifinanziamento del “cd. Articolo 20” per gli investimenti pubblici in sanità.

In anni caratterizzati da una grave crisi economica, con la sostanziale "stagnazione" delle risorse pubbliche dedicate al SSN, la quota destinata agli investimenti in strutture e tecnologie è stata oggetto di una costante riduzione, con dimensioni pressoché irrisorie se confrontate con i reali fabbisogni: la conseguenza è un patrimonio del SSN sempre più obsoleto, insicuro e inadatto alle sfide attuali.

Un **Programma di investimento** in grado di intervenire in modo positivo e anticiclico deve avere carattere strategico, sia nella definizione degli obiettivi che nella definizione degli strumenti amministrativi che possono essere utilizzati. Tale programma, per poter essere efficace, deve essere in grado di attivare un percorso virtuoso rispetto al sistema economico più generale.

È indispensabile agire su due fronti:

- definire un programma nazionale di medio periodo per la riqualificazione del patrimonio edilizio del SSN;
- definire un programma di valorizzazione e dismissione del patrimonio edilizio del SSN obsoleto e non più utilizzabile.

Un Programma nazionale per la riqualificazione del patrimonio edilizio del SSN

In un panorama di risorse scarse e di grandi necessità, non è rinviabile la definizione di chiare priorità, evitando la dispersione spaziale e temporale delle risorse. È necessario pertanto definire, in collaborazione con il Governo centrale, un programma strategico di riqualificazione “alta” del patrimonio del SSN che, partendo da una ricognizione dell'esistente, affronti le priorità imprescindibili:

- la sicurezza delle strutture ospedaliere e delle strutture territoriali, coerenti al riordino ex DM 70/2015;
- il rinnovo e l'aggiornamento del parco tecnologico.

Il programma deve partire dal fabbisogno complessivo a livello nazionale (stime grossolane parlano di 30 miliardi per la sola messa in sicurezza) e proporre le possibili modalità ed alternative per il finanziamento dello stesso.

È necessario innovare, proporre e/o favorire nuovi strumenti (ad esempio i contratti di PPP nelle diverse forme definite dal nuovo Codice dei contratti e degli appalti pubblici), alternativi e/o integrativi al finanziamento pubblico in conto capitale, e introdurre quelle modifiche normative necessarie per raggiungere lo scopo (vedi le problematiche suscitate dal citato nuovo codice degli appalti).

Un Programma di valorizzazione e dismissione del patrimonio edilizio del SSN obsoleto e non più utilizzabile.

Il Programma deve affrontare con forza la valorizzazione/messa a reddito di tutti i beni non strumentali e dei beni non più strumentali a seguito dei processi di riordino e riconversione delle reti assistenziali. Tale ipotesi, nella congiuntura economica attuale, può funzionare a condizione che sia attivato un vero e proprio piano nazionale di valorizzazione dei beni immobili individuando processi certi (nei risultati finali) e rapidi (nelle modalità) che consentano attraverso procedure

uniformate di pervenire alla alienazione del patrimonio edilizio obsoleto e non più utilizzato ed utilizzabile.

Via Gen. V. Magliocco 46 - 90141 Palermo - Tel. 091 7075461 – Fax 091 7075455

E-mail: dipartimento.affari.extraregionali@regione.sicilia.it

Via Marghera 36 – 00185 Roma – 06 49272722 – Fax 06 49272745

E-mail: dipartimento.affariextraregionali.roma@regione.sicilia.it

d) Governance delle politiche e della spesa per il farmaco

Gli scenari che stanno caratterizzando il settore farmaceutico degli ultimi anni necessitano di una revisione dell'intero sistema della governance che per molti aspetti risulta ancorata a previsioni normative oramai obsolete ed inefficaci nel dare risposte ai nuovi bisogni e alle nuove sfide dei cambiamenti epidemiologici, del governo dell'innovazione e del corretto esercizio delle responsabilità ai vari livelli

A ciò si aggiunga il tema, di grande rilievo ed impatto - tuttora irrisolto, nonostante 3 interventi normativi - delle procedure di pay back a carico delle aziende farmaceutiche, quale contributo al ripiano dello sfondamento della spesa farmaceutica per gli anni 2013-2015, 2016; il 2017 è in corso di definizione. Si tratta di cifre superiori ai due miliardi di euro (le determine AIFA riportano 1.484 milioni per il 2013-2015 e 807 milioni per il 2016, oltre a circa 790 milioni nel 2017 in base ai primi dati di monitoraggio AIFA) che avrebbero dovuto sostenere i bilanci regionali, in un'ottica di compartecipazione agli sfondamenti che, con regolarità, si stanno registrando sul versante specialistico ospedaliero (50% dello sfondamento a carico delle aziende farmaceutiche), e che, al momento, sono ancora oggetto di estenuanti contenziosi e trattative.

La chiusura del pregresso e del contenzioso in atto è condizione propedeutica alla revisione della governance complessiva per il 2018 e anni futuri.

Nella seduta del 5 maggio 2016 la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha approvato un documento sulla Governance farmaceutica articolato in vari punti, ripreso poi nel corso del 2017. Se ne riporta di seguito una sintesi, integrando e aggiornando alcuni punti, sulla base delle iniziative in corso, anche nell'ambito del tavolo AIFA-regioni.

1. Procedura P/V

Deve essere definita nella nuova governance una norma di carattere generale in base alla quale il prezzo si riduce o si sconta in maniera progressiva in rapporto all'aumento dei pazienti trattati, delle estensioni delle indicazioni, delle terapie combinate e dell'incremento della durata delle terapie; la procedura P/V deve portare ad una riduzione del prezzo o degli sconti in rapporto ai volumi.

2. Tetti di spesa

La rideterminazione dei 2 tetti della spesa farmaceutica è stata implementata con la Legge di Bilancio 2017 - art. 59 comma 2-3. La nuova norma stabilisce che, rispetto ai tetti precedenti, la territoriale diventa “convenzionata” e il tetto passa da 11,35% a 7,96% (-3,39 punti) ed è costituita dai farmaci acquistati e distribuiti dalle farmacie. La ospedaliera diventa “acquisti diretti” e il tetto passa da 3,5% a 6,89% (+3,39 punti) ed è costituita dai farmaci di fascia A (DPC e Diretta) e da farmaci di fascia H.

L'ammontare complessivo di tetti rimane invariato e risulta pari al 14,85% del FSN.

Storicamente il tetto dell'ospedaliera (ora degli acquisti diretti) fa registrare uno sfondamento importante dell'ordine di centinaia di milioni anno. Seppur provvisorio il report AIFA gennaio-dicembre 2017 – primo rilascio - evidenzia per il 2017 uno scostamento 1.585 mln di euro (sfondamento a carico delle aziende pari a 792 mln di euro).

Appare prioritario prevedere una revisione dei sistemi di payback e di attribuzione dei budget, anche in relazione al rispetto dei tetti, che ne consentano una gestione più “semplice”, in considerazione dell'alto tasso di contenzioso che caratterizza questo settore (con ricadute evidenti sulla disponibilità dei ripiani a favore delle regioni).

3. Registri AIFA

Il sistema dei registri si è sviluppato nell'ultimo decennio come strumento per assicurare l'accesso di medicinali innovativi secondo criteri di appropriatezza, prevedendo un payment by results da parte dell'industria farmaceutica, sulla base dei risultati clinici rilevati secondo indicatori predefiniti. Si rende ora necessaria una rivisitazione di tutto il sistema dei registri prevedendo:

- *chiusura di quei registri dove le motivazioni per cui erano stati istituiti sono venute meno;*
- *prevedere un ritorno certo e strutturato delle informazioni alle Regioni, alle Aziende sanitarie e ai medici prescrittori di tutte le informazioni contenute nei registri con conseguente pubblicazione delle stesse;*

E' stato attivato un tavolo di collaborazione tra AIFA e Regioni per semplificare e rendere più fruibili (e accessibili) i dati dei registri da parte degli operatori sanitari sia sul versante amministrativo che su quello clinico. Si tratta di una richiesta che da anni le regioni stanno

avanzando, come pure l'abolizione dei registri cartacei con la contestuale attivazione dei registri rispetto all'immissione in commercio del medicinale.

4. Farmaci innovativi

Poiché ottenere il requisito di innovativo si traduce in un beneficio per l'azienda farmaceutica e un maggior costo per il SSN, è necessario che le fasce di innovatività, i criteri di attribuzione e i benefici che ne derivano per le Aziende vengano stabiliti a livello normativo e non lasciati alla discrezionalità della Commissione Tecnico Scientifica.

La definizione dei criteri per la valutazione del grado di innovatività dei farmaci è stata implementata con la Determina AIFA n. 519 del 31 marzo 2017, sulla base dell' art.1 commi 402 ,403 e 404, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (legge di Bilancio 2017).

La L 232/2016 comma 402 prevede che nella determina per la definizione dei criteri di innovatività si definiscano sia le modalità per la valutazione degli effetti di tali farmaci ai fini della permanenza del requisito di innovatività sia le modalità per la eventuale riduzione del prezzo di rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale. Questo ultimo aspetto potrebbe essere implementato.

5. Ridefinizione delle liste di trasparenza

L'articolo 7 della legge 405/01 prevede che per i farmaci inclusi nelle cosiddette "liste di trasparenza", il SSN rimborsa totalmente solo quelli con il prezzo allineato al prezzo di riferimento. La differenza fra il prezzo reale e il prezzo di riferimento del farmaco è a carico del cittadino.

Nell'anno 2015 la spesa sostenuta dal cittadino per il pagamento della differenza fra il prezzo di riferimento e il prezzo reale è stata pari a 1,08 miliardi di euro, in aumento, rispetto all'anno 2014 del 6%. Dal report AIFA 2017 la cifra si attesta sui 1,05 miliardi di euro

Occorre prevedere un limite alla differenza di prezzo rispetto a quello di riferimento, oltre il quale il farmaco deve essere escluso dalla rimborsabilità

Inoltre per ridurre la differenza tra prezzo di riferimento e farmaci a prezzo più elevato nell'ambito delle liste di trasparenza è necessaria una specifica norma legislativa nella nuova governance con l'obiettivo di ridurre l'entità attuale di spesa a carico del cittadino.

Oltre a ciò, nell'ambito del tavolo di collaborazione AIFA Regioni è stato richiesto di rivedere le liste di trasparenza integrandole opportunamente con tutti i medicinali per i quali ci sono differenze di prezzo indipendentemente se siano o meno coperti da brevetto (L 405/2001, comma 1 art.7) ed eliminando quelle per le quali non ci sono differenze di prezzo (in questo ultimo caso ci sarebbero ricadute in termini di scontistiche più favorevoli per il SSR senza impatto sui pazienti).

6. Sostituibilità automatica dei farmaci biosimilari con gli originator

I farmaci biosimilari sono esclusi, come invece previsto per i farmaci equivalenti, dalla sostituibilità automatica con medicinali uguali in composizione, forma, dosaggio e unità posologiche per confezione. Le attuali conoscenze scientifiche sono tali da garantire la perfetta sovrapponibilità in termini di efficacia e sicurezza fra i farmaci originatori e i biosimilari. (position paper AIFA sui farmaci biosimilari del 25-5-2013; determina AIFA 204/2014; determina AIFA 434/2016). Anche le procedure di acquisto andrebbero riformulate rispetto a quanto fissato dalla finanziaria 2017 che pone dei limiti ad una operatività efficace da parte degli Enti del SSR e delle centrali d'acquisto.

7. Concorrenza sui prezzi del mercato farmaceutico

Una particolarità del mercato del farmaco erogato in regime convenzionale, a differenza del mercato dei dispositivi medici è la totale assenza di concorrenzialità fra le aziende farmaceutiche in quanto il SSN rimborsa alle farmacie il prezzo al pubblico del farmaco depurato dalle trattenute di legge.

Relativamente al mercato ospedaliero, oggi solo il 10-15 % della spesa per l'acquisto dei farmaci in ospedale avviene in regime di concorrenza. Il restante avviene in regime di monopolio perché ogni farmaco ha un solo produttore. In Italia non è consentito, diversamente da quanto avviene in altri paesi europei, mettere a gara in concorrenza farmaci con differenti principi attivi anche se questi condividono le medesime indicazioni terapeutiche a meno che AIFA non si esprima sulla sussistenza di equivalenza terapeutica tra medicinali contenenti differenti principi attivi nell'ambito delle categorie terapeutiche omogenee. Solo successivamente le Regioni possono procedere alla implementazione delle gare regionali in equivalenza. E' necessario quindi che le valutazioni da parte di AIFA siano tempestive in modo da non rallentare le procedure d'acquisto e che siano rese disponibili in una sezione dedicata (sia quelle con esito positivo che negativo). Potrebbe essere utile

che in forma proattiva l'AIFA proceda alla definizione di classi di equivalenza (o equivalenza parziale o non equivalenza) in modo da facilitare i processi d'acquisto a livello locale/regionale e ridurre contestualmente il tasso di contenzioso.

8. Revisione Delibera CIPE

Deve essere rafforzata la valutazione di carattere farmaco economico introducendo l'obbligatorietà per la ditta di documentare la coerenza del prezzo proposto con i benefici apportati, tramite la presentazione di dossier contenenti studi di costo-efficacia (CEA) e studi di impatto sul budget (BIA). Risulta necessario procedere ad una revisione della Delibera CIPE sulla contrattazione dei prezzi che risale al febbraio 2001.

9. Classe C(nn) e Legge 648

Queste fattispecie consentono l'accesso sul mercato dei farmaci prima della contrattazione della rimborsabilità e pertanto a prezzi non regolamentati.

Tali procedure, nate dalla necessità di rendere disponibili farmaci indispensabili perché ritenuti salvavita si sono trasformate nel tempo in un sistema per commercializzare farmaci anzitempo senza contrattarne il prezzo. Anche per questi farmaci dovrebbe essere previsto il pagamento by results o comunque sistemi che ne garantiscano un accesso a tutela dei pazienti e della sostenibilità.

10. Costi assistenziali integrati

Si propone l'attivazione di un tavolo dedicato allo studio di una nuova modalità di valutazione del costo del farmaco che non si basi esclusivamente sul costo dei farmaci ma che includa anche altri costi connessi.

11. Revisione prontuario

Nell'ambito del tavolo AIFA regioni è stata proposta una revisione del prontuario che tenga conto delle differenze di costo per terapia nell'ambito delle stesse aree terapeutiche nonché una revisione dell'elenco dei medicinali inclusi nel PHT (es. farmaci per BPCO, eparine, terapia del dolore).

12: Revisione dell'attuale sistema di attribuzione del budget e di calcolo del payback.

I due sistemi vanno rivisti per consentirne una attuazione più semplice e "certa", in considerazione delle difficoltà tecniche e amministrative a gestire la situazione attuale che di fatto blocca centinaia di milioni in estenuati contenziosi e trattative transattive dagli effetti ancora incerti.

Infine, a fronte del crescente numero di nuovi farmaci in arrivo e della continua evoluzione delle tecnologie, le Regioni ritengono essenziale che il SSN si doti di un soggetto/organismo per la valutazione *ex ante* dell'impatto sui processi clinici ed organizzativi dell'introduzione delle nuove tecnologie (tra cui i farmaci) e del loro successivo monitoraggio *ex post*.

e) Il rilancio della medicina generale, e delle cure primarie

Il mutato contesto epidemiologico - con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale - impone la riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso nuovi

modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, un forte impulso dell'assistenza domiciliare.

Gli indirizzi internazionali ribadiscono la necessità di rafforzare l'assistenza primaria per rispondere in maniera efficace ai cambiamenti epidemiologici e sociali.

f) Riforma delle Agenzie Nazionali (AIFA e AGENAS) e dell' Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Nel settembre 2014 (Documento di sintesi del 25.9.2014) la Conferenza delle Regioni aveva confermato la necessità di riordino delle Agenzie nazionali e dell'ISS. In questi anni, i tre enti hanno svolto un ruolo molto significativo di cerniera tra il Governo centrale (Ministero della Salute e MEF) e le Regioni, contribuendo alla tenuta del sistema.

Alla luce del quadro istituzionale confermato dal referendum del 4 dicembre 2016, resta forte l'esigenza che Stato e Regioni ridefiniscano in modo chiaro e puntuale **la missione, le competenze ed il ruolo** di ognuno dei 3 enti – con conseguente modifica degli atti statutari - per il migliore sviluppo del SSN, favorendo le sinergie e le collaborazioni interistituzionali ed evitando sovrapposizioni e ridondanze. In tale contesto, va considerata anche la necessità di valutazione complessiva degli impatti delle nuove tecnologie, già rappresentata al punto sulla governance del farmaco.

Le Regioni chiedono con forza al Governo di aprire il **confronto** per la riforma degli enti, elemento di grande importanza per un efficace ed efficiente funzionamento del SSN.