



**“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI**

Deliberazione N. 1275 del 17/12/2020

PROPONENTE: S.C. Affari Generali

OGGETTO: Autorizzazione alla stipula del Protocollo di intesa tra l’Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori “Fondazione G.Pascale” e Cittadinanzattiva APS per la realizzazione del progetto”L’Audit Civico dell’Istituto Pascale: l’IRCCS che vorrei”.

“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

Oggetto: Autorizzazione alla stipula del Protocollo di intesa tra l’Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori “Fondazione G.Pascale” e Cittadinanzattiva APS per la realizzazione del progetto “L’Audit Civico dell’Istituto Pascale: l’IRCCS che vorrei”.

Il Direttore della S.C.Affari Generali dott.ssa Elisa Regina

Premesso:

- **che** Cittadinanzattiva è un movimento di partecipazione civica che opera in Italia e in Europa per promuovere l’attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza;
- **che** tra gli obiettivi perseguiti da Cittadinanzattiva vi è quello di fornire ai cittadini strumenti per attivarsi e dialogare a un livello più consapevole con le istituzioni, realizzando cicli di Audit Civici per la tutela della salute. Nella Regione Campania, a partire dal 2010, sono stati realizzati cicli di Audit Civici con la ASL Napoli 3 Sud sui servizi di salute mentale, con il Presidio Ospedaliero Pagani per l’assistenza ospedaliera, e con la ASL di Caserta ha realizzato l’Audit Civico dell’assistenza domiciliare integrata;
- **che** l’Istituto Pascale è il maggiore IRCCS Oncologico del Mezzogiorno ed è Centro di Riferimento per la rete oncologica nazionale e regionale, persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica e di ricerca applicata nel campo biomedico e in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari, dedicando grande impegno alle problematiche complessive del paziente oncologico, che vanno dall’assistenza psicologica ai problemi nutrizionali, alla terapia del dolore, alle cure palliative in genere, fino alle fasi più delicate della malattia.
- **che** il progetto “L’Audit Civico dell’Istituto Pascale: l’IRCCS che vorrei” condotto secondo la metodologia dell’Audit Civico® di Cittadinanzattiva, si inserisce nel percorso virtuoso di continuo miglioramento già avviato dall’Istituto Pascale. Il percorso di valutazione civica prevede una focalizzazione a partire dai temi della qualità dell’assistenza, dell’umanizzazione, dell’innovazione e della partecipazione, al fine di favorire un maggior coinvolgimento della cittadinanza, delle Associazioni e della comunità più estesa per un dialogo e un confronto continuo.

Atteso che il Direttore Generale ha valutato positivamente il contenuto del protocollo di intesa predisposto da Cittadinanzattiva per la realizzazione del progetto dal titolo “L’Audit Civico dell’Istituto Pascale: l’IRCCS che vorrei”, autorizzando la predisposizione del presente atto e designando quali

“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

componenti, per l'Istituto, del gruppo di lavoro per la realizzazione del progetto la dott.ssa Stefania D'Auria Direttore della S.C. Organizzazione dei Servizi Assistenziali Ospedalieri ed il dott. Egidio Celentano Direttore della S.C. Epidemiologia e Biostatistica;

Dato atto che dall'adozione della presente deliberazione non deriva alcun aggravio di spesa per l'Istituto;

PROPONE:

- 1)** di stipulare Protocollo di intesa tra l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori “Fondazione G.Pascale” e Cittadinanzattiva APS per la realizzazione del progetto “L'Audit Civico dell'Istituto Pascale: l'IRCCS che vorrei”, per la durata di un anno dall'ultima sottoscrizione, secondo il testo allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale
- 2)** di dare atto che l'adozione del presente atto non comporta oneri per il bilancio dell'Istituto;
- 3)** di notificare il presente provvedimento alla Direzione Sanitaria, alla dott.ssa Stefania D'Auria Direttore della S.C. Organizzazione dei Servizi Assistenziali Ospedalieri ed al dott. Egidio Celentano Direttore della S.C. Epidemiologia e Biostatistica;
- 4)** di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo per consentire l'avvio delle attività;

IL DIRETTORE GENERALE

In virtù dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente di Giunta della Regione Campania n. 108 del 08/08/2019;

Letta e valutata la proposta di delibera sopra riportata, presentata dal Direttore dell'U.O.C Affari Generali;

Preso atto che il Direttore proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”

ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario aziendale e del Direttore Scientifico;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione sopra riportata, nei termini indicati e per l'effetto:

- 1)** Stipulare Protocollo di intesa tra l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "Fondazione G.Pascale" e Cittadinanzattiva APS per la realizzazione del progetto "L'Audit Civico dell'Istituto Pascale: l'IRCCS che vorrei", per la durata di un anno dall'ultima sottoscrizione, secondo il testo allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale
- 2)** Dare atto che l'adozione del presente atto non comporta oneri per il bilancio dell'Istituto;
- 3)** Notificare il presente provvedimento alla Direzione Sanitaria, alla dott.ssa Stefania D'Auria Direttore della S.C. Organizzazione dei Servizi Assistenziali Ospedalieri ed al dott. Egidio Celentano Direttore della S.C. Epidemiologia e Biostatistica;
- 4)** Dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo per consentire l'avvio delle attività;

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Attilio A.M. Bianchi

Protocollo d'intesa
per la realizzazione del progetto
L'Audit Civico dell'Istituto Pascale: "l'IRCCS che vorrei"

TRA

CITTADINANZATTIVA APS, con sede legale in Roma, Via Cereate, 6 - 00183, CF 80436250585 e P.IVA02142701008, nella persona del legale rappresentante Dott. Antonio Gaudio, nato a Battipaglia (SA) il 07/07/1972, CF GDSNTN72LO7A717P, elettivamente domiciliato ai fini del presente protocollo presso la sede legale di Cittadinanzattiva APS;

E

ISTITUTO NAZIONALE TUMORI I.R.C.C.S. "FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE" CF 00911350635 con sede in Napoli alla via Mariano Semmola, in persona del legale rappresentante Direttore Generale, Dott. Attilio Bianchi, nato a Futani (SA) il 17.06.1958 ed elettivamente domiciliato per la carica presso la sede dell'Istituto;

PREMESSO CHE

Cittadinanzattiva è un movimento di partecipazione civica che opera in Italia e in Europa per promuovere l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza.

La sua missione fa riferimento all'art. 118 u.c. della Costituzione, proposto da Cittadinanzattiva e recepito nella riforma costituzionale del 2001. L'articolo 118 riconosce l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale e, sulla base del principio di sussidiarietà, prevede per le istituzioni l'obbligo di favorire i cittadini attivi.

Gli obiettivi perseguiti da Cittadinanzattiva sono: rafforzare il potere di intervento dei cittadini nelle politiche pubbliche, attraverso la valorizzazione delle loro competenze e del loro punto di osservazione; attivare le coscienze e modificare i comportamenti dannosi per l'interesse generale; proteggere e prendersi cura dei beni comuni; fornire ai cittadini strumenti per attivarsi e dialogare a un livello più consapevole con le istituzioni; costruire alleanze e collaborazioni indispensabili per risolvere i conflitti e promuovere i diritti.

Cittadinanzattiva con le proprie reti del Tribunale per i diritti malato (TDM) e del Coordinamento nazionale delle Associazioni di Malati Cronici (CnAMC) tutela e promuove i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali con l'obiettivo di contribuire ad una più umana e relazionale organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Cittadinanzattiva ha sempre attribuito un valore strategico al ruolo dei cittadini e alla loro capacità di produrre una valutazione dal proprio punto di vista, tecnicamente strutturata, della qualità dei servizi, elaborando a tale scopo, nel 2000, una metodologia denominata “[Audit Civico](#)”¹.

Nella regione Campania, a partire dal 2010, sono stati realizzati i seguenti cicli di Audit Civici: la ASL Napoli 3 Sud ha realizzato un Audit Civico sui servizi di salute mentale, il Presidio Ospedaliero Pagani ha realizzato un Audit Civico dell’assistenza ospedaliera, ed infine la ASL di Caserta ha realizzato l’Audit Civico dell’assistenza domiciliare integrata. Tutti i risultati sono consultabili al seguente [link](#);

E CHE

L’Istituto Pascale è il maggiore IRCCS Oncologico del Mezzogiorno ed è Centro di Riferimento per la rete oncologica nazionale e regionale.

L’Istituto persegue finalità di ricerca prevalentemente clinica e di ricerca applicata nel campo biomedico e in quello dell’organizzazione e gestione dei servizi sanitari, dedicando grande impegno alle problematiche più ampie del paziente oncologico, che vanno dall’assistenza psicologica ai problemi nutrizionali, alla terapia del dolore, alle cure palliative in genere, fino alle fasi più delicate della malattia.

La missione dell’Istituto è di raggiungere l’eccellenza nel campo dell’oncologia e l’individuazione di nuovi ed idonei indirizzi in materia di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie tumorali attraverso la ricerca clinica e l’innovazione tecnologica e gestionale, spostando la centralità dalla malattia al malato;

- L’Istituto Pascale con l’obiettivo di tutelare i diritti dell’utente, si impegna a garantire l’applicazione e la verifica dei seguenti impegni assunti:

- Centralità del cittadino-utente rispetto all’organizzazione dei servizi sanitari;
- Uguaglianza e Imparzialità di trattamento per tutti i cittadini-utenti;
- Partecipazione dell’utente alla progettazione e monitoraggio delle attività;
- Miglioramento della comunicazione per favorire l’accesso e l’utilizzo dei servizi sanitari;
- Efficacia, Efficienza, Appropriatezza e Qualità dell’assistenza;
- Verifica della Qualità dei servizi erogati;

CONSIDERATO CHE

La condizione di frammentazione e difformità territoriali in cui a regioni in grado di assicurare servizi e prestazioni all’avanguardia se ne affiancano altre in cui si fa fatica a garantire anche solo i Livelli Essenziali di Assistenza, in violazione di quanto previsto dagli art.32 e 118 della Costituzione e in

¹ L’Audit Civico® è una metodologia di analisi e di valutazione dei Servizi e delle Politiche pubbliche, promossa e realizzata dai cittadini in collaborazione con le Amministrazioni con la finalità di avviare processi di miglioramento, è stata realizzata complessivamente, a partire dal 2001, in oltre un terzo delle ASL e AO italiane, in molte delle quali più di una volta: in tutto si conteggiano più di 430 “cicli” di Audit Civico, e mediamente vengono coinvolti e formati più di 100 cittadini volontari ogni anno.

contrasto con lo spirito del legislatore che ha istituito il SSN. Le disuguaglianze tra le persone si sono fatte sempre più evidenti con la conseguenza che non tutti riescono ad accedere alle cure di cui hanno bisogno nei territori in cui vivono.

Tra gli indicatori di esito più diffusi in letteratura c'è la speranza di vita alla nascita e la speranza di vita in buona salute. Le regioni meridionali si collocano al di sotto della media nazionale rispetto alla speranza di vita alla nascita con 81,9 anni rispetto al settentrione con 83,2. Le regioni che mostrano una speranza di vita alla nascita più lunga sono il Trentino alto Adige con 83,8 anni e il Veneto 83,4 anni. Le regioni peggiori sono la Campania (81,1) e la Sicilia (81,6).

Dal nostro osservatorio (Pit-Servizio integrato di tutela) l'area dell'oncologica risulta essere quella che raccoglie il maggior numero di segnalazioni². Il rapporto PIT Salute 2018 segnala in particolare alcune questioni: lunghe liste d'attesa per interventi oncologici (13,2%), lunghe liste d'attesa per visite specialistiche (9,9% con circa 8 mesi di attesa), lunghe liste d'attesa per esami diagnostici (16,8%), tempi lunghi per chemioterapia e radioterapia (10%), sospetto errore terapeutico (7%), sospetti errori diagnostici (20,5%), difficoltà di accesso ai farmaci (10,7%), mobilità sanitaria: l'oncologia è la prima voce con il dato di segnalazioni relativo pari al 38,7% del totale, difficoltà nell'assistenza ospedaliera (19,2%). Un importante numero di segnalazioni riguarda l'accesso alle terapie nei day hospital ed in particolare l'organizzazione dei servizi sanitari non razionali/disfunzionali e molto diffusi sul territorio, la difficoltà ad accedere tempestivamente alle terapie farmacologiche, la discontinuità assistenziale tra ospedale e territorio e nella mobilità interregionale.

L'umanizzazione delle cure rappresenta un tema cruciale e particolarmente delicato all'interno del percorso di cura e assistenza perché pone al centro il malato non esclusivamente in quanto portatore di una patologia ma in quanto persona con i suoi bisogni e le sue necessità. Il processo di umanizzazione delle cure deve prevedere più sinergie che unite a procedure più o meno standardizzate, possano porre al centro la persona e non esclusivamente la sua malattia: l'umanizzazione non è un concetto astratto, dunque, ma un percorso vero e proprio da intraprendere a tutti gli effetti attraverso il coinvolgimento diretto di più attori che dialogano tra di loro.

Il Patto per la Salute (scheda 8) prevede la riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione. Come drammaticamente evidenziato, da ultimo, dalla crisi COVID-19, un investimento strategico sulla sanità territoriale è oggi più che mai necessario ma se si vuole dare effettiva attuazione agli indirizzi del Patto per la Salute, adattandoli alle specificità dei diversi

² Rapporto PiT salute 2018, Cittadinanzattiva

contesti territoriali, lungo le linee di seguito tracciate, è necessario un impulso deciso e forte, anche e molto dalla società civile. Per disegnare un'offerta di servizi socio/sanitari calibrata sui bisogni specifici dei diversi territori, è infatti necessario sviluppare percorsi partecipativi, in grado di assicurare la mobilitazione delle comunità, estendendo e rendendo sistemico l'approccio utilizzato in questo ambito dalla Strategia Nazionale delle Aree Interne. Questo, partendo dal presupposto che il valore della sussidiarietà è quello di "valorizzare le specificità" in un quadro di esigibilità dei diritti chiaro e trasparente, e nella consapevolezza che l'opportunità di fare un lavoro di "rendicontazione partecipata" delle tante risorse a disposizione fornisce l'occasione per rinsaldare quel rapporto di fiducia tra cittadini ed istituzioni, progressivamente venuto meno in questi anni.

TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO SI CONVIENE E SI STABILISCE QUANTO SEGUE

Art. 1 OGGETTO DEL PROTOCOLLO

Il presente Protocollo ha ad oggetto l'avvio di un progetto denominato "L'Audit Civico dell'Istituto Pascale: l'IRCCS che vorrei" condotto secondo la metodologia dell'Audit Civico® di Cittadinanzattiva. Il percorso di valutazione civica³ prevede una focalizzazione a partire dai temi della qualità dell'assistenza, dell'umanizzazione, dell'innovazione e della partecipazione, al fine di favorire un maggior coinvolgimento della cittadinanza, delle Associazioni e della comunità più estesa per un dialogo e un confronto continuo.

Cittadinanzattiva nelle sue articolazioni nazionale e regionale si avvarrà del supporto tecnico-metodologico dell'[Agenzia di Valutazione Civica](#), struttura interna a Cittadinanzattiva, creata nel 2010 con l'obiettivo di promuovere iniziative di valutazione dei servizi e delle politiche pubbliche dal punto di vista civico in vari ambiti (salute, scuola, giustizia, servizi locali, cittadinanza europea) a livello nazionale, regionale e locale.

Rappresentazione del ciclo dell'Audit Civico®



³ La valutazione civica è una forma particolarmente strutturata di analisi civica, intesa come "produzione e uso di informazioni da parte dei cittadini in funzione della attivazione di proprie politiche e della partecipazione alle politiche pubbliche, sia in sede di definizione e di implementazione che in sede di valutazione. Si tratta di un processo analogo ad altre forme di valutazione e di ricerca sociale "una ricerca-azione realizzata dai cittadini, mediante l'utilizzo di metodologie dichiarate e controllabili, per l'emissione di giudizi motivati su realtà rilevanti per la tutela dei diritti e per la qualità della vita".

Elementi caratterizzanti un ciclo di Audit Civico®:	
adesione volontaria dell'Azienda Sanitaria al processo civico di Audit	raccolta dei dati da parte dell'équipe mista, attraverso osservazione + interviste in modalità condivisa
costituzione di un tavolo di lavoro multidisciplinare per la definizione della struttura di valutazione	analisi dei dati da parte dell'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva
definizione di un questionario che rappresenta il punto di vista civico	definizione del Piano di Miglioramento da parte d'équipe mista
costituzione di équipe mista: cittadini + operatori sanitari	condivisione del Piano di Miglioramento con la direzione aziendale per la sua approvazione ed adozione

Il progetto "L'Audit Civico dell'Istituto Pascale: l'IRCCS che vorrei" condotto secondo la metodologia dell'Audit Civico® di Cittadinanzattiva, si inserisce nel percorso virtuoso di continuo miglioramento già avviato dall'Istituto Pascale, che ha tra le sue iniziative una collaborazione in corso tra Cittadinanzattiva nazionale, Cittadinanzattiva Campania e l'Istituto Pascale che prevede una serie di attività volte ad accrescere l'informazione e la consapevolezza dei cittadini sull'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce in ambito oncologico.

Art. 2 ATTIVITA' E AMBITI

In attuazione delle finalità di cui all'Articolo 1, le Parti si impegnano ad inserire tra i temi oggetto della valutazione civica i seguenti ambiti intesi come indicativi e non esaustivi, a partire dalla valorizzazione dell'esperienza di entrambi le Parti.

- Favorire l'implementazione del modello della medicina personalizzata a partire dall'ambito oncologico, questa la finalità del [Manifesto per il diritto alla medicina personalizzata](#). A fronte di scenari in evoluzione soprattutto in ambito oncologico, è fondamentale che i cittadini ne siano consapevoli, sappiano far valere i propri diritti e siano vigili e primi attori del cambiamento. Questo Manifesto vuole intervenire a supporto del paziente affetto da patologia oncologica, fornendo un approfondimento rispetto alle opportunità che l'approccio alla medicina personalizzata oggi può rappresentare. Inoltre, il Manifesto è uno strumento a sostegno del Servizio Sanitario Nazionale e dei professionisti sanitari, indicando percorsi e strategie utili alla implementazione del modello della medicina personalizzata, la cui attuazione necessiterà di un importante adeguamento dal punto di vista della governance sanitaria e dei vari soggetti coinvolti.

- Promuovere la qualità dell'assistenza a partire dalla [Carta della qualità in chirurgia](#) e dalla [Carta della qualità dei DH oncoematologici](#). La Carta della qualità in chirurgia prevede 54 impegni riassumibili in sette principi: accoglienza, informazione, organizzazione, consenso informato, sicurezza e igiene, innovazione e dimissioni. Questi principi rappresentano gli aspetti fondamentali che fanno di un reparto un'organizzazione capace non solo di curare, ma soprattutto di "prendersi cura" dei propri pazienti, consentendo ai cittadini di essere dei soggetti attivi, più consapevoli e capaci di interagire con il personale e la struttura ospedaliera. Mentre la finalità della Carta dei DH oncoematologici è individuare degli standard di qualità elevati a cui le strutture devono tendere per

offrire un'assistenza e dei servizi di alto livello, a partire dai 14 diritti della [Carta europea dei diritti del malato](#).

- Lotta al dolore inutile, a partire dai principi della [Carta dei diritti sul dolore inutile](#) che ha l'obiettivo di dichiarare e tutelare un gruppo di diritti, 8 complessivamente, ancora troppo spesso violati: quello ad ottenere cure che pongano attenzione alla sofferenza che si prova in ogni momento della malattia - anziani, bambini... - nell'esecuzione di esami invasivi, che non minimizzino il dolore che viene riferito, ma lo prendano in considerazione e lo trattino adeguatamente, solo per citare alcuni esempi.

- Promuovere il tema dell'umanizzazione delle cure, che passa attraverso diversi canali: da una parte si rende necessario un ascolto e una risposta concreta ai bisogni del paziente in quanto persona; dall'altro risulta fondamentale una formazione professionale sanitaria ad hoc e, ancora, caregiver familiari, campagne sociali, promozione civica sulla prevenzione, condivisione di buone pratiche, monitoraggio dei processi e dei risultati attraverso il coinvolgimento sempre maggiore dei cittadini e delle organizzazioni civiche. Un riferimento è il progetto di ricerca "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" effettuata da AGENAS, in collaborazione con Cittadinanzattiva e Regioni e Province Autonome, nel biennio 2017-2018.

- Promuovere il tema della partecipazione, che ha come riferimento nazionale il Patto per la Salute 2019-21, che prevede, nella [Scheda 14](#) "*Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari*" - alla stesura della quale Cittadinanzattiva ha contribuito - **linee guida per migliorare la comunicazione, la trasparenza e il coinvolgimento dei cittadini** in ambito sanitario. La Scheda ha recepito i principali messaggi veicolati dalle Dimensioni⁴ in cui si articola la "Matrice per la qualità delle pratiche partecipative"⁵, facendo esplicito riferimento all'importanza di valorizzare il peculiare punto di vista di cittadini e comunità e di favorirne una **partecipazione "di qualità"** nell'intero ciclo della politica pubblica sanitaria.

- Un altro ambito strategico dovrebbe riguardare la capacità di favorire la fuoriuscita progressiva del sistema dalla logica prestazionale, per abbracciare decisamente l'intero percorso di presa in carico come unico punto di riferimento. Il **Value Based Health Care** potrebbe ad esempio rappresentare da questo punto di vista un valido strumento teorico ed applicativo al tempo stesso.

- Valorizzare e favorire la collaborazione con i livelli regionali e nazionali della sanità, come il lavoro congiunto con il Ministero della Salute in tema di IRCCS. Una collaborazione tra Cittadinanzattiva e la Direzione Generale della Ricerca Sanitaria del Ministero della Salute per definire una proposta di metodologia che preveda un sistema di valutazione esterno per gli IRCCS mediante indicatori che misurino il percorso di qualità per favorire la soddisfazione dell'utente.

⁴ Inclusività; Grado di potere; Esito; Rendere conto.

⁵ Matrice elaborata da Cittadinanzattiva in modo partecipato attraverso una consultazione civica con circa 100 stakeholder ([il Progetto](#)) e presentata a maggio 2019. [Il documento finale](#)

- Favorire un raccordo con la medicina territoriale, in particolare:

Favorendo la “continuità” alla “rete ospedale-territorio”. Non sono più sufficienti, laddove sono stati attuati, i pur importanti protocolli di “continuità” o di “presa in carico”. È necessario che gli ospedali, diventino a tutti gli effetti parte della rete dei servizi di comunità. Non più luoghi di attesa del bisogno che si presenta alle loro porte ma riferimento specialistico della popolazione a cui si rivolgono, **strutturati dentro la comunità e non separati da essa.**

Potenziando i servizi di telemedicina per garantire la continuità delle cure (per controlli e consulti) e la gestione dei pazienti al domicilio, attraverso una delocalizzazione delle cure pienamente rispondente ai criteri di efficacia, efficienza e sicurezza, investendo in piattaforme informatiche integrate tra gli ospedali e i presidi territoriali. Ecosistema digitale atto anche ad incrementare la **patient self-awareness**, ovvero rendere il paziente sempre più confidente e consapevole del proprio percorso di cura, accompagnandolo e guidandolo con una **strategia multi-channel**, al fine di migliorare la compliance, l’aderenza terapeutica e supportarlo nella gestione emotiva del ritorno alla normalità.

Implementazione del fascicolo sanitario elettronico semplificandone l’accesso, assicurando l’interoperabilità dei dati tra le diverse infrastrutture tecnologiche e promuovendo azioni di informazione alla cittadinanza.

Investire sul ruolo dei caregiver riconoscendone appieno il ruolo attraverso: interventi “personalizzati” e modulati nel tempo, sul bisogno della persona e del caregiver e sul percorso di cura condiviso che coinvolgano non solo le risorse istituzionali ma anche il “volontariato” e il “welfare di comunità”; interventi che identifichino il caregiver come titolare del progetto di vita con la conseguente condivisione di “scelte informate” sul percorso di cura; formazione e orientamento del caregiver sui diritti, i servizi accessibili, le competenze operative e relazionali; semplificazione del percorso di riconoscimento della qualifica di caregiver familiare; sostegno psicologico per l’orientamento anche attraverso gruppi di sostegno o di auto-mutuo aiuto. La piena consapevolezza ed operatività del caregiver avviene anche attraverso l’istituzione di un caregiver counseling, l’Istituto promuoverà una serie di incontri patologia specifici dedicati ai caregiver durante i quali potranno essere affrontati i momenti di maggior criticità quotidiana. Una volta attivato il caregiver counseling “sportello caregiver” andrà a richiedere ai caregiver stessi i temi che ritengono necessari di approfondimento /patologia specifica per facilitarli nel proprio compito, ad esempio mobilitazione del paziente, nutrizione, lavaggio della stomia .

La pratica clinica e la ricerca oncologica si nutrono di condivisione e confronto sia a livello nazionale che internazionale. Al fine di stimolare un processo continuo di miglioramento, creazione di benchmarking, sui temi oggetto del presente accordo, l’Istituto vorrebbe attuare attraverso la condivisione delle best practices, un network europeo degli enti che partecipano ai progetti di Audit Civico. Annualmente ogni Paese, rappresentato da un proprio centro, condivide con tutti gli altri

paesi una best practice al fine di confrontarsi e valutarne l'adottabilità negli altri stati europei.

Art. 3 DURATA

Il Presente Protocollo ha durata annuale decorrente dalla data di sottoscrizione dello stesso, con possibilità di rinnovo da richiedere per iscritto da una delle parti. E' in facoltà delle parti la risoluzione anticipata da comunicare per iscritto, a mezzo di raccomandata A/R o a mezzo Posta Elettronica Certificata.

Art. 4 GRUPPO DI LAVORO

Per la gestione del presente Protocollo è istituito un gruppo di lavoro misto composta da:

Per l'Istituto Pascale: dott.ssa Stefania D'Auria (Direttore della S.C. Organizzazione dei Servizi Assistenziali Ospedalieri) e dott.Egidio Celentano(Direttore della S.C. Epidemiologia e Biostatistica)
Per Cittadinanzattiva: Lorenzo Latella (Segretario Regionale Campania) e Michela Liberti (Agenzia di valutazione civica-Cittadinanzattiva)

Art. 5 COMUNICAZIONE, VISIBILITÀ ED USO DEI LOGHI

Le Parti si impegnano a redigere un piano congiunto di comunicazione, interna ed esterna, delle attività che le stesse intendono realizzare. Esso potrà comprendere:

- presentazione del Protocollo e delle attività tra il personale delle rispettive Parti;
- diffusione pubblica delle attività congiunte, utilizzando tutti i canali media disponibili (stampa, affissioni, Internet, social network, app).

Le Parti si impegnano ad effettuare un corretto utilizzo dei rispettivi loghi. Per trasparenza, le Parti si impegnano a rendere pubblico il rapporto di collaborazione, previo accordo tra le Parti sulle modalità.

Art. 6 RISERVATEZZA

Le Parti si impegnano a considerare riservati tutti i dati, le conoscenze, le informazioni anche di carattere organizzativo, produttivo e distributivo comunque acquisite, in via diretta o indiretta, nel corso o comunque in occasione dell'esecuzione del Protocollo.

Le Parti si impegnano a non comunicare, duplicare e/o comunque utilizzare le informazioni riservate che verranno rese disponibili se non per quanto attiene all'esecuzione del Protocollo e si impegnano, altresì, a non divulgarle se non a quei soggetti facenti parte del proprio Personale strettamente e direttamente coinvolti nell'esecuzione del Protocollo e, comunque, limitatamente al livello di approfondimento indispensabile per l'esecuzione del Protocollo stesso.

Art. 7 TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le Parti dichiarano di operare in conformità al Decreto Legislativo 196/2003 e successive modifiche e/o integrazioni (di seguito, il "Codice Privacy") e di avere messo in atto al proprio interno le misure di sicurezza, organizzative, normative e tecniche richieste dal Codice Privacy per la protezione dei dati personali di cui sono titolari e di quelli che gestiscono in relazione al Protocollo.

Art. 8 DISPOSIZIONI GENERALI

Cittadinanzattiva detiene il marchio Audit Civico® e la proprietà intellettuale della struttura di valutazione ideata nell'Audit Civico® dell'Istituto Pascale. Le Parti non potranno cedere a terzi, in tutto o in parte, il presente accordo o i diritti ad esso relativi.

Il documento intitolato "Linee guida del rapporto tra Cittadinanzattiva e le imprese" (Allegato A), redatto da Cittadinanzattiva, che regola il suo rapporto con le imprese, costituisce parte integrante del presente Protocollo: l'Istituto Pascale dichiara di aver letto e compreso i contenuti di tale documento.

Qualsiasi modifica o integrazione del presente Protocollo dovrà essere effettuata tra le Parti soltanto in forma scritta, a pena di nullità.

Luogo, Napoli

Letto, confermato e sottoscritto

Per l'Istituto Pascale

Il Direttore Generale

Dott. Attilio A.M. Bianchi

Per Cittadinanzattiva Onlus

Il Legale Rappresentante

Antonio Gaudioso

19/207/SR08/C7

**INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6, DELLA LEGGE
5 GIUGNO 2003, N. 131, TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE
AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO
CONCERNENTE
IL PATTO PER LA SALUTE PER GLI ANNI 2019-2021**

Punto 8) Conferenza Stato -Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sul testo allegato con le modifiche evidenziate e condivise con il Ministero della Salute.

Roma, 18 dicembre 2019

Ministero della Salute

PATTO PER LA SALUTE

2019-2021

Scheda 1

Fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e fabbisogni regionali

- Si ritiene fondamentale ribadire la programmazione triennale del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per il triennio 2019-2021 in 114.474.000.000 euro per l'anno 2019, 116.474.000.000 euro per l'anno 2020 e in 117.974.000.000 euro per l'anno 2021, come previsto dall'articolo 1, comma 514, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.
- Ai fini di una tempestiva assegnazione delle risorse per lo svolgimento delle relative attività in corso d'anno, Governo e Regioni convengono sulle necessità di ricondurre le quote vincolate del Riparto del fabbisogno sanitario standard all'interno del riparto relativo alla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard fermi restando i criteri di assegnazione come definiti nelle ultime proposte di riparto relative alle quote oggetto di riconduzione e sulle quali sono state sancite le intese della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, operando nell'anno successivo a quello di riferimento i dovuti congruagli sulla base degli ultimi dati resi disponibili.

Resta ferma la facoltà del Ministero della salute, di indicare, annualmente, specifici obiettivi da raggiungere su progetti ritenuti meritevoli di distinta evidenziazione. Le Regioni forniranno apposita rendicontazione al Comitato LEA dei progetti effettuati.

- Governo e regioni si impegnano a semplificare la procedura di attribuzione degli obiettivi di piano con particolare riferimento alle modalità di rendicontazione basate su indicatori che dovranno valorizzarne i risultati; con riferimento agli aspetti finanziari si conviene di individuare soluzioni volte ad accelerare la messa a disposizione delle regioni delle risorse all'uopo destinate. Le modalità devono essere concordate e approvate con intesa Stato Regioni.

Scheda 2

Garanzia dei Lea

- Governo e Regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del DPCM 12 gennaio 2017 "Nuovi LEA", attraverso l'approvazione del decreto che fissa le tariffe per

le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l'entrata in vigore dei relativi Nomenclatori sull'intero territorio nazionale.

- Governo e Regioni convengono sulla necessità di consolidare gli importanti risultati fino ad oggi ottenuti dalle politiche di risanamento economico finanziario perseguite negli anni passati considerando prioritario il rafforzamento della funzione universalistica e di garanzia dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale, indirizzando le azioni e le politiche verso il recupero delle differenze che ancora oggi persistono tra le Regioni e all'interno delle regioni stesse. Pertanto, Governo e Regioni convengono sulla necessità di definire un sistema efficace per il superamento delle situazioni regionali e infra-regionali che, con riferimento all'erogazione dei Lea, possono evidenziare specifiche carenze. A questi fini Governo e Regioni, convengono sulla necessità di valorizzare il ruolo del Comitato Lea, di definire, d'intesa con le Regioni, più efficaci e innovative modalità di affiancamento da parte dei Ministeri, di garantire la tempestività degli interventi e la semplificazione delle procedure.
- Si conviene di realizzare in collaborazione tra Ministero della salute e Regioni, nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia (D.M. 12 marzo 2019), un più stringente e mirato monitoraggio al fine di migliorare e/o implementare i servizi nelle aree di maggiore carenza, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario.
- A tal fine si conviene di dare impulso operativo al richiamato Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), inteso quale strumento di misurazione che, attraverso l'attribuzione di punteggi relativi ad un set di indicatori, è in grado di evidenziare le situazioni di garanzia dei LEA così come le eventuali criticità che possono determinare carenze della Regione nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia a livello complessivo sia a livello di singole aree assistenziali, comprendendo tra le criticità la presenza di grandi variabilità infra-regionali. Si condivide che nel corso del 2020, in sede di prima applicazione, in una logica di graduale accompagnamento del sistema verso omogenei standard di assistenza, Il Comitato Lea valuterà eventuali ulteriori ambiti di miglioramento e modifica del sistema di valutazione. Resta ferma la necessità inderogabile di disporre dei dati comparativi del NSG e griglia LEA relativi al 2018 entro il 1 febbraio 2020.
- Dall'anno 2020, il Comitato Lea effettuerà annualmente la valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia, inerente la qualità, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari regionali dando evidenza delle criticità eventualmente presenti con riferimento all'erogazione dei Lea. Sulla base di tale monitoraggio, da effettuarsi perentoriamente entro il 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento:
 - a) anche in situazioni di sufficienza nei 3 macro-livelli, il Comitato Lea, nell'ambito del sistema adempimenti, segnala le eventuali carenze rilevanti da qualificare come impegni;
 - b) ove si rilevino gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza, il Comitato LEA invita la regione a presentare, entro un termine congruo in relazione alla criticità e comunque non superiore a trenta giorni, un piano di risoluzione delle predette criticità che riporti gli interventi da porre in essere in un arco temporale coerente con la complessità dei problemi da risolvere. Il piano dovrà prevedere gli interventi di risoluzione delle criticità nell'ambito della sostenibilità

economica del Servizio sanitario regionale interessato. Tale piano, denominato “Intervento di potenziamento dei Lea”, è valutato nei successivi trenta giorni dal Comitato Lea in ordine alla coerenza degli interventi proposti, ai modi e ai tempi previsti. In caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o di non adeguatezza dello stesso sulla base delle valutazioni del Comitato Lea, il Ministro della salute, avvalendosi degli Enti vigilati, ciascuno per l’ambito di propria competenza, previa diffida ad adempiere alla regione entro i successivi 15 giorni e ove persista l’inadempimento, provvede entro i successivi trenta giorni a predisporre un piano e a sottoporlo all’approvazione del Comitato Lea. La valutazione da parte del Comitato Lea deve in ogni caso avvenire entro il termine utile a consentire la chiusura della valutazione complessiva degli adempimenti annuali entro il 30 settembre dell’anno successivo a quello di riferimento, in coerenza con quanto previsto dall’articolo 12 dell’Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

- Fermo restando che le Regioni dispongono della facoltà di scegliere come assegnare i singoli obiettivi alle proprie aziende sanitarie e come valutare di conseguenza i direttori delle medesime, e che spetta alla Direzione sanità delle regioni l’obiettivo generale di potenziamento dei LEA, l’attuazione del piano può divenire, se la Regione lo concorda, obiettivo del Direttore regionale competente e/o dei Direttori generali delle aziende sanitarie e/o ospedaliere interessate. La Regione è tenuta alla realizzazione degli interventi nei tempi e nei modi previsti dal piano approvato dal Comitato LEA, attraverso le aziende e gli enti del SSR e con l’eventuale affiancamento e supporto tecnico-operativo messo a disposizione da Agenas.
- Gli obiettivi di miglioramento dei livelli assistenziali individuati dal piano si intendono ottenuti con il raggiungimento, alle scadenze previste, degli intervalli di garanzia previsti dal NSG negli ambiti di criticità. La valutazione è effettuata dal Comitato Lea.
- La valutazione positiva, da parte del Comitato LEA, del piano di potenziamento comporta il riconoscimento di adempimento con impegno a realizzare le attività previste dal piano. La mancata realizzazione nei tempi e nelle modalità previste delle attività del piano comporterà una valutazione di inadempienza.
- Qualora si registri nel medesimo anno una valutazione insufficiente in tutti e tre i macro-livelli la regione, valutata inadempiente, è tenuta alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell’art. 1, comma 180, Legge 30 dicembre 2004, n. 311, e operano tutte le norme vigenti in materia di piani di rientro.
- Governo e Regioni confermano che il Commissariamento costituisce un rimedio ultimo dettato da circostanze eccezionali, che giustifichino l’attuazione del potere sostitutivo da parte dello Stato rispetto alle ordinarie attribuzioni degli organi di governo delle Regioni, al fine di garantire il ripristino della garanzia dei diritti fondamentali della popolazione regionale e la tutela dei conti pubblici.
- **Il Governo conviene di riesaminare, entro 180 giorni, d’intesa con le Regioni interessate, la procedura di nomina dei Commissari ad acta, anche alla luce degli ultimi indirizzi della Consulta.**

- Convengono altresì che si rende necessario migliorare i percorsi di cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali. A tal fine verranno elaborate apposite linee guida adottate di concerto dai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze da sottoporre all'intesa della Conferenza Stato-Regioni. Tali linee guida dovranno fornire indicazioni operative per la valutazione dei parametri ai fini della cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali basati su criteri relativi all'equilibrio di bilancio, l'adempimento del mandato commissariale e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza al di sopra della soglia di sufficienza. Nelle medesime linee guida, da approvarsi entro novanta giorni, andranno definiti i criteri di uscita dal piano di rientro relativi all'equilibrio economico e dei livelli essenziali di assistenza.
- In considerazione dei rilevanti compiti attribuiti al Comitato Lea, si conviene sulla necessità di aggiornare la sua composizione, le regole di funzionamento e gli strumenti a disposizione.
- Resta inteso che l'assolvimento del debito informativo nei flussi correnti NSIS, quale garanzia di copertura delle informazioni necessarie per il Nuovo Sistema di Garanzia da parte di tutte le Regioni e le Province Autonome, è condizione indispensabile per il calcolo degli indicatori del NSG. Come sviluppo futuro da attuarsi a partire dall'anno 2020, si prevede di assegnare progressivamente un valore in riduzione agli indicatori del NSG qualora i dati di riferimento della Banca Dati NSIS non raggiungano i livelli di qualità e completezza richiesti.
A partire dall'anno 2020, si procederà inoltre ad effettuare approfondimenti circa le correlazioni esistenti tra gli Indicatori del NSG e gli ulteriori Adempimenti previsti dal Questionario.
- Resta fermo che l'eventuale piano di potenziamento dei Lea per le regioni già sottoposte a piano di rientro deve essere coordinato e coerente con gli obiettivi previsti nel programma operativo di prosecuzione del piano di rientro.
- Ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico finanziario, si conviene di implementare il nuovo Piano Nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019-2021 che nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili. Si conviene altresì di utilizzare le evidenze che emergeranno in sede di monitoraggio delle liste di attesa al fine di indirizzare gli interventi sopra previsti.
- Ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico-finanziario, si conviene di utilizzare le evidenze di cui sopra per valutare eventuali esigenze di rimodulazione dei tetti di spesa al fine di renderli coerenti con gli adempimenti previsti dal PNGLA, con le evidenze registrate e le rinnovate modalità di erogazione dell'offerta assistenziale basate sull'evoluzione delle conoscenze scientifiche.
- Si conviene di utilizzare, in sede di aggiornamento annuale dei livelli essenziali di assistenza, metodologie di Health Technology Assessment (HTA), al fine di misurare il reale impatto attuale e prospettico della proposta di aggiornamento sull'intero sistema sanitario, in termini di benefici, di costi emergenti e di costi evitati.
- Si conviene, in relazione al miglioramento strutturale della situazione economico finanziaria del SSN, fermo restando al 5% il parametro finanziario di cui all'art. 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, di prevedere un meccanismo di allerta preventiva, che si attiva al superamento della soglia della

soglia 3%. Le prescrizioni da indicare a seguito del superamento della suddetta soglia sono definite con decreto dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, di concerto con la conferenza Stato Regioni. Il precitato comma 77 dell'art. 2 della l. n. 191 del 2009 è integrato conformemente a tale previsione.

Scheda 3

Risorse umane

Si conviene:

- Di sostituire nel triennio 2019-2021 la percentuale di incremento della spesa di personale di cui al secondo periodo, del comma 1 dell'articolo 11 del D.L. 35 del 30 aprile 2019 - fissata in misura pari al 5 per cento – con il 10 per cento;
- di valutare, per il periodo di vigenza del presente patto, la possibilità di graduale aumento, sino al 15 per cento, della percentuale di incremento della spesa di cui al punto precedente qualora emergano obiettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal citato articolo 11, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica adempimenti e dal Comitato LEA, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale;
- di proporre uno schema di accordo tipo da parte del Ministero della Salute, al fine di uniformare le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria di cui all'articolo 1, comma 548-bis della legge n. 145/2018;
- **di prevedere l'ammissione anche degli specializzandi iscritti al terzo anno del corso di specializzazione di durata quadriennale e quinquennale alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario e al contempo di prorogare al 31 dicembre 2022 le disposizioni che prevedono la possibilità di assumere con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato gli specializzandi utilmente collocati nelle graduatorie concorsuali;**
- di valorizzare il servizio maturato dagli specialisti nell'ambito della disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza per l'accesso alle procedure concorsuali in tutte le discipline corrispondenti alle specializzazioni possedute;
- **di prevedere, fino al 2022, al fine di far fronte alla carenza momentanea di medici specialisti, con particolare riferimento a talune discipline, ferma restando l'esigenza di garantire l'effettiva copertura del fabbisogno formativo definito anche con il MIUR, la possibilità di consentire ai medici specialisti, su base volontaria e per esigenze dell'azienda o dell'ente di appartenenza, di permanere in servizio anche oltre il limite di 40 anni di servizio effettivo di cui all'articolo 15 nonies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e s.m.i. e comunque non oltre il settantesimo anno di età. L'amministrazione può accordare la prosecuzione del rapporto laddove non sia possibile procedere tempestivamente al reclutamento di nuovi specialisti;**
- di valutare il superamento anche temporaneo dell'applicazione dell'art. 1, comma 361, della legge n. 145/2018 alle graduatorie di personale sanitario del SSN con l'obiettivo di garantire il tempestivo

reclutamento del personale del SSN ed assicurare il turn over necessario per la continuità dei servizi, nonché per consentire risparmi nella spesa connessa all'organizzazione delle procedure concorsuali;

- al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 11, comma 3, del decreto legge n. 35/2019 le regioni interessate trasmettono al Tavolo di verifica per gli adempimenti la documentazione attestante la riduzione strutturale della spesa già sostenuta per i servizi sanitari esternalizzati.
- al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11 comma 1 del decreto legge n. 35/2019 il Ministero della salute previa informativa sindacale propone la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale ospedaliero già approvata e testata con le regioni ed avvia, altresì, il processo di valutazione della metodologia del fabbisogno del personale dei servizi assistenziali territoriali.
- la revisione, in accordo anche con il MIUR, del sistema di formazione dei medici specialisti, valorizzandone il ruolo all'interno delle strutture sanitarie regionali pubbliche facenti parte della rete formativa, con progressiva autonomia e responsabilità coerenti con il grado di conoscenze e competenze acquisito;
- la revisione dei contenuti del corso regionale di formazione specifica in medicina generale, in ragione dei mutati scenari sanitari e sociali, ribadendo il ruolo dei MMG nell'azione di prevenzione e contrasto delle malattie croniche, al fine di realizzare sul territorio nazionale una formazione che, pur tenendo conto delle specificità territoriali, assicuri un set minimo omogeneo di requisiti formativi qualiquantitativi, ritenuti indispensabili a garantire livelli uniformi di assistenza;
- la valorizzazione e lo sviluppo delle relative competenze professionali delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del servizio sociale tenendo conto dei livelli della formazione acquisita nell'ambito di quanto previsto nei CCNL di settore relativamente al conferimento degli incarichi professionali senza nuovi e maggiori oneri per la finanza pubblica;
- di prevedere, per il periodo di vigenza del presente patto, che le Regioni in equilibrio economico, che hanno garantito i livelli essenziali di assistenza e **avviato**, con atti di Consiglio regionale o di Giunta, il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70, in coerenza con quanto previsto al punto 6, ferma restando la soglia di spesa per il personale di cui all'articolo 11, comma 1, DL 35/2019 possano - al fine di perseguire la graduale perequazione del trattamento accessorio fra aziende ed enti del servizio sanitario delle predette regioni nonché per valorizzare le professionalità dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale del comparto e degli operatori socio sanitari, anche tenendo conto delle attività svolte in servizi disagiati e in zone disagiate, come definiti da linee di indirizzo regionali, sulla base dei dati relativi alle effettive carenze di organico registrate negli ultimi tre anni - destinare alla contrattazione integrativa risorse aggiuntive, nel limite del 2 per cento del monte salari regionale al netto degli oneri riflessi, rilevato nell'anno 2018, da definirsi nell'ambito del tavolo di verifica per gli adempimenti.

Scheda 4

Mobilità sanitaria

- La mobilità sanitaria costituisce esplicitazione del principio di unitarietà del SSN e del diritto di libera scelta del cittadino, esercitabile nell'ambito del quadro normativo vigente, sia in relazione alla salvaguardia degli equilibri economico-finanziari, dell'appropriatezza delle cure, del diritto alla prossimità dei servizi, sia in coerenza con le funzioni che fanno capo alle Regioni e agli Enti del Servizio sanitario nell'esercizio delle loro competenze in materia di programmazione e di committenza. La lettura e l'evoluzione dei fenomeni di mobilità sanitaria, regolati nell'ambito di intese nazionali relativamente agli aspetti economico-finanziari, al valore tariffario delle prestazioni ed alla loro appropriatezza, evidenzia situazioni di criticità sia nelle aree di confine che nei flussi di mobilità interregionali, in particolare dal sud al nord del paese, anche per carenze dell'offerta complessiva di prestazioni. La mobilità dei pazienti deve essere considerata a tutti gli effetti come un tema da attribuire alle competenze di programmazione delle regioni di residenza dei pazienti e quindi strettamente correlato con gli adempimenti conseguenti al Nuovo sistema di garanzia (NSG) ed al programma nazionale delle liste di attesa (PNGLA).

Di qui la necessità di mettere in campo alcune azioni, fra cui:

1. elaborare un programma nazionale Governo-Regioni, al fine di valutare e migliorare i processi di mobilità nell'ottica di salvaguardare una mobilità "fisiologica" e recuperare, a tutela di un più equo e trasparente accesso alle cure, fenomeni di mobilità dovuti a carenze locali/regionali organizzative e/o di qualità e quantità di prestazioni, Istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni per una lettura del fenomeno sulla base dei lavori in corso presso il Ministero della salute con l'obiettivo di definire un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, già normativamente previsti, al fine di renderli attuativi. In particolare, il gruppo di lavoro dovrà individuare procedure idonee a rendere vincolanti e a garantire l'operatività dei citati accordi;
 2. elaborare e attuare specifici programmi regionali rivolti alle aree di confine nonché ai flussi interregionali con particolare riferimento al flusso sud/nord per migliorare e sviluppare i servizi in loco al fine di evitare problemi di accesso, rilevanti costi sociali e finanziari a carico dei pazienti;
 3. rendere tali piani funzionali in ragione dei processi di attuazione delle nuove procedure e degli obiettivi del piano nazionale liste attese (PNGLA);
 4. valutare la definizione di specifici piani di sviluppo sulle strutture pubbliche e private accreditate al fine di potenziare i servizi in loco, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.
 5. valutare altresì la compatibilità dei tetti vigenti in coerenza con i piani di recupero della mobilità, sempre nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario nazionale.
- Governo e Regioni condividono inoltre l'esigenza di avviare un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo di appropriatezza degli erogatori accreditati con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'uso dei fattori produttivi e l'ordinata programmazione del ricorso agli erogatori pubblici e privati accreditati. Si conviene pertanto di istituire un gruppo di lavoro Ministeri/regioni con il compito di sviluppare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale tramite un set di indicatori oggettivi e misurabili, anche attraverso i dati del Sistema Tessera Sanitaria, anche al

fine di superare l'elevata frammentazione che caratterizza l'attuale panorama delle diverse Regioni e Province Autonome. Si conviene altresì di applicare le medesime procedure di controllo sia per i pazienti residenti che per i pazienti non residenti.

Scheda 5

Enti vigilati

- Ferme restando le competenze proprie del Ministero della salute e le sue funzioni di indirizzo e vigilanza **e delle Regioni**, gli Enti pubblici vigilati rappresentano lo strumento indispensabile a supporto di funzioni specifiche, delle politiche sanitarie nazionali, di monitoraggio e valutazione e a sostegno delle funzioni regionali ed al governo dell'Innovazione.
- Si conviene sulla necessità di definire una strategia di riordino degli Enti Pubblici Vigilati del Ministero della salute, con particolare riferimento ad AIFA, ISS e Agenas, al fine di superare la frammentazione operativa che si è stratificata nel corso degli anni e la potenziale duplicazione di funzioni e compiti tra soggetti in numerose aree di attività. L'obiettivo prioritario, in questo senso, è quello di garantirne la funzione sistemica e di supporto nell'ambito delle funzioni assegnate al Ministero della salute ed alle Regioni.
- Rispetto al modello attuale e al percorso previsto in ambito HTA, si conviene sulla necessità di valutare l'opportunità di accorpate tutte le funzioni oggi frammentate tra più soggetti in un unico soggetto che opera in rete con i centri regionali, a cui affidare la *governance* complessiva dell'intero processo di HTA in coerenza e a supporto delle attività di competenza della Commissione LEA e delle politiche di innovazione in generale. Questo a garanzia dell'autorevolezza e dell'indipendenza del processo di valutazione.

Scheda 6

Governance farmaceutica e dei dispositivi medici

- La tutela della sostenibilità del SSN è responsabilità di tutti gli attori coinvolti nel sistema a vario titolo, pertanto si conviene sulla necessità di revisionare e ammodernare la governance della farmaceutica e dei dispositivi medici al fine di migliorare la capacità di governare l'innovazione e migliorare l'efficienza allocativa delle risorse.
- A tal fine si conviene di sviluppare i due documenti di governance già elaborati dai gruppi di lavoro Ministero-Regioni.
- Si conviene inoltre di adottare una codifica unica nazionale dei dispositivi medici. Tale codifica dovrà costituire la base per un inserimento dell'informazione relativa ai dispositivi impiantati nei flussi informativi correnti.

Scheda 7

Investimenti

- Il Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni, ha effettuato una ricognizione sullo stato del patrimonio immobiliare e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale, la cui analisi ha evidenziato la necessità di procedere ad interventi infrastrutturali per un importo complessivo pari a 32 miliardi di euro. A questi vanno aggiunti circa 1,5 miliardi di euro necessari per un adeguato ammodernamento tecnologico delle attrezzature a disposizione dei servizi sanitari regionali. In tal senso si conviene di incrementare progressivamente, in coerenza con le disponibilità di bilancio, le risorse a disposizione dell'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 67/88.
- Si conviene, inoltre, sulla necessità di supportare, tramite il Ministero della salute, le regioni che hanno ancora a disposizione lo spazio finanziario pregresso al fine di velocizzare l'iter di ammissione a finanziamento, in coerenza con la necessità di sviluppare un piano di sostegno allo sviluppo delle reti assistenziali anche al fine di sostenere i Piani di recupero della mobilità passiva.
- Si conviene di valutare la possibilità di velocizzare l'iter per la sottoscrizione degli accordi di programma e l'ammissione a finanziamento: in tal senso il Ministero della salute effettuerà una ricognizione straordinaria dello stato di attuazione degli interventi approvati ed all'esito, elaborerà una proposta di semplificazione dell'iter amministrativo e normativo focalizzando il ruolo del Ministero della Salute e del Nucleo di valutazione degli investimenti sugli aspetti di garanzia della conformità alle leggi ed alla organizzazione del Servizio sanitario oltrechè sul monitoraggio degli interventi programmati.
- Si conviene di valutare, in relazione a particolari esigenze straordinarie e/o alla situazione di emergenza di alcune aree geografiche soggette a calamità naturali, il superamento della legislazione ordinaria, per consentire interventi urgenti di edilizia sanitaria **e per l'ammodernamento tecnologico.**

Scheda 8

Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale

- Il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti. Al fine di prevenire l'aggravamento delle patologie legate ai processi di invecchiamento della popolazione, limitare il declino funzionale e migliorare complessivamente la qualità della vita dell'assistito occorre promuovere nell'ambito di quanto previsto dai LEA e dai percorsi di integrazione socio-sanitaria e sanitaria i trattamenti riabilitativi. Le

predette attività devono essere erogate con riguardo alle diverse modalità di copertura delle spese da parte del SSN e dei Comuni.

- Nell'ambito dell'assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali. A tal fine si conviene di definire linee di indirizzo per l'adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l'obiettivo di promuovere:
 - le modalità e gli strumenti per favorire l'effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno;
 - il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone;
 - specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell'autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza. Saranno inoltre potenziate politiche a favore dell'area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;
 - la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità;
 - la valorizzazione del ruolo del farmacista in farmacia che è un presidio rilevante della rete dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti e per l'aderenza terapeutica degli stessi e non solo per la dispensazione dei medicinali, al fine di rafforzare l'accesso ai servizi sanitari. Tale processo trova la prima attuazione nell'ambito del percorso di definizione e attuazione della Farmacia dei servizi e della nuova convenzione nazionale.
- Si conviene di accelerare i percorsi di implementazione e integrazione dei flussi informativi necessari per un effettivo monitoraggio dell'assistenza territoriale, completando il sistema anche con i flussi delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità e dei consultori familiari.

Scheda 9

Funzione complementare e riordino dei fondi sanitari integrativi

- Si conviene di istituire un gruppo di lavoro con una rappresentanza paritetica delle Regioni rispetto a quella dei Ministeri, che, entro sei mesi dalla sottoscrizione del patto, concluda una proposta di provvedimento volta all'ammodernamento ed alla revisione della normativa sui fondi sanitari ai sensi dell'articolo 9 del Dlgs 502/1992 e smi, e sugli altri enti e fondi aventi finalità assistenziali, al fine di tutelare l'appropriatezza dell'offerta assistenziale in coerenza con la normativa nazionale, di favorire la trasparenza del settore, di potenziare il sistema di vigilanza, con l'obiettivo di aumentare l'efficienza complessiva del settore a beneficio dell'intera della popolazione e garantire un'effettiva integrazione dei fondi con il Servizio sanitario nazionale.
- Si conviene di procedere ad un'analisi degli oneri a carico della finanza pubblica.

Scheda 10

Modelli previsionali a supporto della programmazione

- Si conviene che il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, in collaborazione con le regioni, realizzino strumenti informativi e modelli previsionali, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie ICT, e l'infrastruttura tecnologica di analisi dei dati del Sistema Tessera Sanitaria, nonché utilizzando anche flussi informativi non sanitari gestiti da altre amministrazioni pubbliche, che, tramite la capacità di analisi dei principali trend in atto, della evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione e delle interrelazioni esistenti tra le diverse variabili del sistema sanitario, nonché di valutazione dei relativi impatti, possano supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse, rendendole maggiormente coerenti con gli scenari evolutivi di medio-lungo periodo e tutelando la sostenibilità del sistema.
- Considerata l'esigenza di adeguare la cornice regolatoria attuale in materia di interconnettibilità dei dati, in coerenza con quanto disposto anche dal Regolamento europeo 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati ("GDPR") e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196, come novellato dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 ("Codice Privacy"), si conviene di definire una normativa che abiliti il Ministero della salute, le Regioni, le Aziende Sanitarie pubbliche e gli enti del servizio sanitario nazionale alla raccolta, interconnessione ed elaborazione dei dati, su base individuale, relativi alla salute degli assistiti dal Servizio sanitario nazionale, per finalità previsionali, di programmazione, per la gestione condivisa dell'assistenza sanitaria all'interno di reti di professionisti pubbliche e private accreditate e strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e per lo sviluppo da parte della PA delle attività necessarie alla medicina di iniziativa.

Scheda 11

Ricerca

- Considerato che l'attività di ricerca costituisce parte integrante e fondamentale del Servizio Sanitario nazionale, si conviene che Governo e Regioni mettano in campo azioni concertate per il perseguimento dei seguenti obiettivi:
 - ✓ promuovere una *governance* condivisa della ricerca rafforzando il ruolo congiunto del coordinamento interregionale e del Ministero della salute con l'obiettivo di armonizzare le reti assistenziali e le reti scientifiche;
 - ✓ definire le priorità della Ricerca sanitaria e snellire le procedure per una più rapida attribuzione delle risorse, con particolare riferimento ai fondi della ricerca finalizzata;
 - ✓ favorire la trasferibilità degli interventi individuati come azioni costo/efficaci, con particolare attenzione a quelli rivolti a coloro che si trovano in situazioni di vulnerabilità.
 - ✓ implementare e valutare congiuntamente gli effetti della nuova norma sul Personale della Ricerca del SSN;
 - ✓ attuare il Piano Operativo Salute nell'ambito della Strategia Nazionale di specializzazione intelligente, anche al fine di ribadire la funzione della ricerca sanitaria come volano di sviluppo del Paese;

- ✓ promuovere una maggiore aderenza della Direzione Strategica degli IRCCS alla *mission* specifica di questi istituti.
- ✓ valutare congiuntamente la vigente normativa sugli IRCCS, al fine di delineare azioni di “manutenzione” del sistema, che tenga conto dell’evoluzione scientifica e tecnologica intervenuta nell’ultimo decennio;

Scheda 12

Prevenzione

- Governo e Regioni convengono di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società e la tutela della, favorendo l’integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Convengono altresì, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche” e in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030), sulla necessità di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute, di rafforzare l’attenzione ai gruppi fragili di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione), di orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell’esistenza (approccio *life course*), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili.

E’ necessario dare una risposta al forte allarme sociale ed al diffuso livello di inquinamento territoriale mediante un intervento volto a contrastare la presenza di inquinanti emergenti non normati (es. i PFAS) presenti nell’ambiente. Senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Per lo screening mammografico Governo e Regioni concordano sulla necessità di ampliare le fasce di età interessate **nell’ambito delle risorse programmate per il Servizio Sanitario Nazionale**.

- In particolare:
 - ✓ si intende contrastare il fenomeno dell’antimicrobico-resistenza attraverso l’impegno di Governo e Regioni a dare piena attuazione al Piano nazionale di contrasto dell’antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020 e a procedere al suo aggiornamento sulla base dei risultati conseguiti nel 2020, attraverso un percorso partecipato e condiviso in ogni fase;
 - ✓ si conviene di consolidare il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carica, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura;
 - ✓ si conferma l’impegno di Governo e Regioni alla realizzazione del Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia, per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione;

- ✓ si conviene di definire valori soglia per gli inquinanti non normati nell'ambiente, mediante la collaborazione fra l'Area sanitaria e quella ambientale, a tutela dei cittadini;
- ✓ si intende confermare l'importanza delle attività di vigilanza sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 81/2008 prevedendo, di concerto ed attraverso l'intesa fra la Conferenza Stato Regioni, uno standard di dotazione del personale: medici, tecnici della prevenzione, chimici, ingegneri, ecc.;
- ✓ si intende valorizzare inoltre l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale. L'approccio "One Health" considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati;
- ✓ si conviene altresì che il Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC) (in corso di elaborazione il PCNP 2020-2024) ricomprende tutti i piani specifici di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Scheda 13

Revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni

- Si conviene sulla necessità di garantire una maggiore equità nell'accesso dei cittadini all'assistenza sanitaria attraverso una revisione della disciplina della partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini che preveda la graduazione dell'importo dovuto in funzione del costo delle prestazioni e del "reddito familiare equivalente" al fine di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari garantendo l'inclusività del servizio sanitario nazionale. Si conviene pertanto di istituire un gruppo di lavoro Ministeri/Regioni/Enti vigilati.

Scheda 14

Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari

- Governo e regioni convengono sull'importanza di utilizzare efficacemente i dati di cui dispongono i Ministeri, le regioni e le strutture sanitarie per effetto della loro attività istituzionale e di trasformarle in informazioni in grado di generare valore nell'erogazione dei servizi. Nell'ambito dei progetti abilitanti l'utilizzo dei dati emerge la necessità di dotarsi di percorsi progettuali e di strumenti operativi per mezzo dei quali gli enti del Servizio sanitario nazionale possano mettere in atto ed esercitare al meglio le leve con cui incrementare la capacità di intercettare e di rispondere più efficacemente ai bisogni dei cittadini, di valorizzarne il peculiare punto di vista e di favorirne una partecipazione di qualità nell'intero ciclo della politica sanitaria.
- In tale ottica, l'importanza di dotare regioni e strutture sanitarie di sistemi di gestione della relazione con il cittadino è ormai un dato acquisito anche in campo sanitario. La conoscenza del cittadino assistito è un aspetto cruciale per l'attuazione di efficaci prospettive di patient centric in cui la qualità dei servizi erogati e la sua percezione rappresentano l'elemento cardine che sottende un reale e duraturo rapporto di corrispondenza tra offerta e domanda. In una struttura sanitaria che intende

essere più orientata al paziente, è auspicabile implementare processi di gestione della relazione con il cittadino che si sostanziano nell'insieme di informazioni e dati, procedure organizzative, modelli comportamentali, nonché strumenti e tecnologie, che sono in grado di gestire tutta la relazione con il cittadino.

- A fronte del quadro descritto al punto precedente, si conviene sulla necessità di favorire lo sviluppo di progettualità su base regionale e/o aziendale (attraverso la definizione di linee guida e nell'ambito delle risorse a legislazione vigente) che abbiano come obiettivo quello di migliorare la comunicazione e la trasparenza sull'efficienza dei percorsi clinici e amministrativi e il coinvolgimento dei cittadini mediante l'implementazione di pratiche di partecipazione inclusive, su oggetti rilevanti, orientate ai risultati sia in termini di output sia in termini di outcome, delle quali si possa rendere conto ai cittadini medesimi. Si conviene di migliorare l'esperienza del cittadino in termini di efficacia della comunicazione, trasparenza ed efficienza dei percorsi interni clinici e amministrativi, equità nell'accesso ai servizi, coinvolgimento effettivo.
- Si conviene inoltre sulla necessità di favorire l'empowerment del cittadino verso un corretto, appropriato e responsabile utilizzo dei Servizi sanitari, anche attraverso l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Si conviene inoltre sull'importanza di promuovere e realizzare gli strumenti abilitanti che migliorano le interazioni e la customer experience per l'accesso dei cittadini ai servizi erogati telematicamente dal SSN, quali in particolare l'identità digitale (superando il vigente dualismo tra SPID e CIE), la gestione delle deleghe (ivi incluso la certificazione della responsabilità genitoriale per ottenere l'abilitazione ad accedere, per conto dei propri figli minorenni, ai servizi telematici disponibili), l'adozione di regole, standard e codifiche condivise per l'interoperabilità e l'integrazione degli ecosistemi, l'istituzione dell'anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), l'eliminazione del consenso all'alimentazione del FSE per applicazione del GDPR 2016/679.

Scheda 15

Revisione del DM 70/2015

- Come previsto dalla stessa norma, a quattro anni dalla sua adozione, si conviene sulla necessità di revisione del Decreto, aggiornandone i contenuti sulla base delle evidenze e delle criticità di implementazione individuate dalle diverse Regioni, nonché integrandolo con indirizzi specifici per alcune tipologie di ambiti assistenziali e prevedendo specifiche deroghe per le regioni più piccole.

Scheda 16

Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome

- 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.

Scheda 17
Impegni reciproci

- **Governo e Regioni si impegnano ad aprire un tavolo di confronto al fine di individuare ulteriori ambiti di convergenza sugli argomenti ancora aperti di cui alla nota del Coordinamento Commissione Salute del 17 dicembre 2019, prot. n. 929/SAE, tra cui la questione relativa alla individuazione di opportune forme di sostegno e di accompagnamento per i percorsi di cessazione dell'esercizio dei poteri commissariali.**



**“FONDAZIONE GIOVANNI PASCALE”
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
Via Mariano Semmola - 80131 NAPOLI**

Deliberazione N. 1275 del 17/12/2020

PROPONENTE: S.C. Affari Generali

OGGETTO: Autorizzazione alla stipula del Protocollo di intesa tra l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori “Fondazione G.Pascale” e Cittadinanzattiva APS per la realizzazione del progetto “L’Audit Civico dell’Istituto Pascale: l’IRCCS che vorrei”.

In pubblicazione dal 17/12/2020 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia (art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi)

Atto immediatamente esecutivo

S.C. Affari Generali

Direttore

Elenco firmatari

Elisa Regina - S.C. Affari Generali

Gerardo Botti - Direttore Scientifico

Sergio Russo - Direttore Amministrativo

Leonardo Miscio - Direttore Sanitario

Attilio Bianchi - Direttore Generale