

FONDAZIONE
TRASPARENZA

Per il primato del buon andamento
della P.A. e dello sviluppo sostenibile



Regionalismo differenziato: il caso della sanità

Paper 3/2019

pubblicato l'8 febbraio 2019

Il ritardo colpevole del disagio

Diciotto anni (o quasi) di assordante silenzio, anche da parte di chi oggi strilla all'attentato alla Costituzione, sulla opportunità offerta (art. 116, comma terzo) dalla revisione costituzionale del 2001 alle quindici (15) Regioni a statuto ordinario di ampliare le proprie competenze legislative esclusive. Ovverosia di riassumere in capo ad esse sino a tutte le diciannove (19) materie che l'art. 117, comma terzo, della Costituzione assegna alla legislazione concorrente oltre a quattro (4) di quelle attribuite alla competenza esclusiva dello Stato. Più precisamente, alle materie individuate nelle lettere *l*), *n*) ed *s*) del comma secondo dello stesso art. 117 Cost.

Ciò è stato (sino ad oggi seppure non utilmente) possibile e lo sarà sino a quando la Costituzione rimarrà tale nonché in presenza di un Governo disponibile (così come sono stati gli ultimi due ancorché con diverse modalità) a negoziare preventivamente un'apposita Intesa, il cui contenuto, trasformato in disegno di legge governativo, consegua in Parlamento il voto favorevole della maggioranza assoluta dei suoi componenti. Non solo. Sino a quando saranno in vigore la legge 42/2009 e i suoi decreti delegati del 2011, tutti attuativi del novellato art. 119 della Costituzione, voluta dal centrosinistra dell'epoca e confermata nell'apposito *referendum* celebrato il 7 ottobre 2001 a mente dell'art. 138 della Carta.

Regioni alla ricerca di una nuova specialità

Diverse le perplessità sollevate al riguardo del regionalismo differenziato, esplicitate nel *Paper* n. 2/2019 che la Fondazione ha provveduto a pubblicare in relazione all'attuazione dell'art. 116, comma terzo, della Costituzione.

Secondo un'interpretazione letterale lo stesso consentirebbe ad una legge ordinaria, ancorché rinforzata, l'attribuzione alle Regioni richiedenti di un'autonomia legislativa anche maggiore di quella riconosciuta alle Regioni speciali dagli Statuti approvati, si badi bene, con leggi costituzionali, in quanto tali adottate da ciascuna delle Camere a maggioranza assoluta dei loro rispettivi componenti, in due distinte sessioni, da perfezionarsi con un intervallo non minore di tre mesi e confermata con successivo *referendum*, a meno che non abbia conseguito una maggioranza parlamentare dei due terzi dei componenti.

Un siffatto assunto dimostra che quanto facoltizzato dal terzo comma dell'art. 116 Cost. consentirebbe alle quindici Regioni ordinarie di conseguire, su loro specifica istanza, con legge rinforzata (ma non già costituzionale) e senza alcun limite «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia», seppure limitatamente alle materie anzidette. Ciò *ab absurdo* attribuirebbe alle medesime una sorta di *extra-specialità*, potenzialmente più consistente di quella concessa alle cinque Regioni a statuto speciale dalle leggi costituzionali di approvazione dei rispettivi Statuti.

Pertanto, mentre per le Regioni a statuto speciale la particolare forma e condizione di autonomia è fissata con legge costituzionale che ne definisce il livello massimo, le leggi ordinarie rinforzate, approvate a mente dell'art. 116, comma terzo, della Costituzione, potrebbero assegnare alle Regioni ordinarie ben oltre quanto attribuito a

quelle speciali. Affidare ad una legge rinforzata ma ordinaria, senza le garanzie procedurali previste per le leggi costituzionali, tutte le competenze legislative previste nelle ben note ventitre (23) materie, con una conseguente possibile maggiore autonomia di quella attribuita alle Regioni a statuto speciale, rappresenterebbe un vistoso *vulnus* costituzionale tale da mettere in crisi la stessa specialità di Sicilia, Sardegna, Friuli-Venezia-Giulia, Trentino-Alto Adige/Sudtirolo e Val D'Aosta.

Le condizioni di assoluto «privilegio», a suo tempo finalizzate al superamento di particolari situazioni socio-economiche vissute dalle attuali cinque Regioni a regime speciale, delle quali oggi è difficile spiegarne persino il mantenimento, incontrano il limite dell'interesse nazionale e dell'interesse delle altre Regioni. Va da sé che queste non possano non essere estese anche all'autonomia del regionalismo differenziato eventualmente in godimento delle Regioni ordinarie.

Pertanto, gli «ulteriori» poteri di autonomia devono essere scrutinati da parte del Governo, singolarmente e complessivamente, alla luce dell'interesse nazionale e dell'interesse delle altre Regioni. Ove per questi deve intendersi l'interesse all'unità giuridico-economica del Paese e l'interesse della persona alla percezione dei livelli essenziali delle prestazioni dei diritti civili e sociali.

Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna: il punto nave

Vediamo in cosa si traduce quanto oggi *in itinere* e qual è oggi lo stato dell'arte delle procedure intraprese dalle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna.

Preliminarmente, occorre sottolineare che a conclusione positiva della procedura prevista nell'art. 116, comma terzo, della Costituzione - si badi bene, da perfezionarsi con una legge ordinaria rinforzata e non già con una legge costituzionale da approvarsi con il particolare *iter* individuato dall'art. 138 Cost. - le Regioni beneficiarie potranno legiferare in tutte le materie che riterranno sottrarre, in concorso con l'Esecutivo e il Parlamento chiamato a ratificare il ddl governativo, alla legislazione concorrente e a quella esclusiva dello Stato, sia in termini di principi fondamentali che nel dettaglio.

Tutto questo a seguito della conclusione favorevole dell'anzidetta complessa procedura che dovrebbe perfezionarsi con una legge approvata dal Parlamento, senza che questi abbia potuto nell'esercizio delle sue prerogative legislative emendare in alcun modo il disegno di legge governativo, dal momento che la prevista Intesa è da equipararsi a quelle individuate nell'art. 8, comma 3, della Costituzione regolative dei rapporti dello Stato con le confessioni religiose. Una Intesa che - stante agli accordi preliminari stipulati il 28 febbraio 2018 tra il governo Gentiloni e le Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna (che si suppone siano stati in pochi a leggere e approfondire tra quelli che scrivono, anche ripetutamente, sull'argomento!) - avrà una efficacia a tempo determinato, fissato nella durata di soli dieci anni, a termine dei quali quanto convenuto e sancito nella legge rinforzata dovrà essere rinegoziato ovvero, in difetto, cessare di ogni sua validità. Un epilogo che, nell'ipotesi di cessazione dell'efficacia di quanto regolato dalla legge rinforzata, comporterà un

disastro dalle proporzioni notevoli, sia quanto ad organizzazione funzionale nel frattempo determinatasi che relativamente al riparto del finanziamento pubblico.

Fatte queste doverose premesse - tenuto conto che nelle aspettative delle tre Regioni richiedenti e avanti nelle «trattative» con il Governo si evidenziano attribuzioni differenziate delle materie ovvero di parti di esse, scandite nello specifico, e di conseguenza delle risorse relative, avanzate ai sensi dell'art. 14 della legge 42/09 che prevede che con l'anzidetta legge rinforzata «si provvede altresì all'assegnazione delle necessarie risorse finanziarie, in conformità all'art. 119 della Costituzione» - si rende necessario comprendere cosa accadrà se tutto «filerà liscio», prima con il Governo nel perfezionare l'Intesa e poi nelle due Camere. Meglio, occorrerebbe sin da subito comprendere quali saranno le ricadute concrete nelle materie devolute (sanità *in primis*) se dovesse perfezionarsi la legge introduttiva del regionalismo differenziato, ben sapendo che - nel caso contrario, ovverosia di non approvazione parlamentare del ddl governativo condiviso con le Regioni interessate - le cose rimarranno così come sono.

In una tale ottica - volta all'approfondimento del fenomeno in atto, dal momento che nella prima fase della formalizzazione delle tre Regioni in corsa di conclusione dell'Intesa con il Governo, ciascuna di esse ha rivendicato nell'immediato l'esercizio esclusivo afferente a sole cinque materie (Tutela dell'ambiente e dell'ecosistema, Istruzione, Rapporti internazionali e con l'Unione Europea, Tutela del lavoro e Tutela della salute) - abbiamo ritenuto affrontare prioritariamente quello che riguarda quest'ultima, rinviando ad altri *Paper* la trattazione delle altre.

La sanità: le tre proposte da vicino

Le proposte regionali, formalizzate secondo diverse modalità a seguito dei referendum celebrati il 22 ottobre 2017, si distinguono sia per forma che per contenuti specifici, soprattutto quelle prodotte dalla Lombardia e dal Veneto rispetto a quella elaborata dall'Emilia-Romagna

L'ipotesi legislativa proposta dalla Lombardia affronta il tema della tutela della salute nell'art. 24 del progetto complessivo riguardante le ventitre (23) materie rivendicate; quella veneta lo fa nell'art. 25 di un altrettanto complessivo testo regolativo; l'elaborato dell'Emilia-Romagna propone invece di ridisciplinare la salute regionale secondo le regole individuate in un apposito disposto composto da otto precetti.

Il tutto, per comodità del lettore, riassunto nell'apposito compendio comparativo rappresentato in calce, utile per apprendere nel dettaglio quanto oggi è in corso di trattativa tra le anzidette Regioni richiedenti una maggiore autonomia legislativa e finanziaria e il Governo in carica.

Prima di affrontare la lettura delle «richieste» regionali di incremento della loro competenza legislativa esclusiva e delle risorse che ne deriverebbero si rende, comunque, necessario scandire alcune osservazioni preliminari, funzionali a rendere più incisiva l'analisi dei contenuti delle tre proposte regionali ma soprattutto scevra dall'ingombro delle eccezioni politiche che stanno deviando, per molti versi, il

significato della portata giuridica del fenomeno. Ciò allo scopo di evidenziare le reali ricadute sulla salute, di quella che verrebbe concretamente percepita dalle collettività di riferimento, e di sottolineare, ed è quello che è più importante, i riflessi negativi verosimilmente producibili nei confronti delle altre Regioni, specie di quelle con una organizzazione sociosanitaria più debole, afflitte sensibilmente da una mobilità passiva di un valore complessivamente miliardario.

La disputa in atto nel Paese tra i «sostenitori» e i «contrari» al regionalismo differenziato, dei quali taluni lo sono a prescindere dalle ragioni tecniche, è alquanto superficiale nei suoi contenuti e nel presagire ciò che muterà nel sistema erogativo delle prestazioni essenziali sanitarie.

Una compartecipazione «dispotica» e non motivata

La massima attenzione viene, infatti, riservata unicamente alla previsioni rappresentate nell'originaria «Proposta di legge statale n. 43» licenziata dal Consiglio regionale del Veneto a fine 2017 che - all'art. 2 intitolato "Attribuzione di risorse ai sensi dell'art. 119 della Costituzione" - individua la previsione di una «compartecipazione» ai tributi erariali riscossi nel proprio territorio pari al 90%, riferibile al gettito Irpef, Ires e Iva al fine di finanziare le ventitre (23) materie, rivendicate sul piano legislativo esclusivo. In proposito, così come viene motivata, l'eccezione primaria di coloro che si dichiarano contrari *a priori* al regionalismo differenziato veneto così come impostato - senza che da parte dei medesimi venga tuttavia rappresentata alcuna doverosa critica di merito e di efficienza erogativa dei livelli essenziali di assistenza - risulta segnatamente generalizzata, seppure condivisibile nella sua più generale portata, tendente a sottrarre comunque al gettito erariale prodotto sul territorio di riferimento una consistente porzione da destinare a cura dello Stato ad interventi redistributivi. Invero, essa eccezione non è affatto esplicativa di quelle censure che dovrebbero essere, invece, naturalmente rappresentate nei confronti sia del *quantum* (90% del gettito erariale) che del come (a titolo di compartecipazione) rivendicati nella proposta veneta riferibili al dettato costituzionale di cui all'art. 119 della Carta. Ciò in quanto soprattutto non rapportata e quindi non direttamente riconducibile alle materie ovvero alla parte di esse che la Regione stessa vorrebbe riportare nelle proprie competenze legislative esclusive senza provare al riguardo la cosiddetta pesatura equivalente.

Una siffatta rivendicazione valoriale, corrispondente ai ben noti 9/10, è stata infatti determinata *tout court* è non già rapportata - tenuto conto che comunque la compartecipazione all'Iva goduta dalle Regioni per il finanziamento della sanità pesa oggi ben oltre il 58% - alle nuove rivendicate competenze recate nella proposta veneta, soprattutto non direttamente riferibile alle specifiche neo-attribuzioni sulle quali v'è la pretesa di esercitare una legislazione esclusiva. Un esercizio legislativo che dovrà essere nell'eventualità commisurato alla determinazione dei principi fondamentali cui doversi attenere nella legge di dettaglio destinata alla riorganizzazione del sistema regionale della salute.

Un limite, questo, rappresentato da una eccessiva ovvero non motivata pretesa economica che costituisce un *handicap* procedurale e di merito non di poco conto che renderà segnatamente difficile ogni condivisione da parte dell'Esecutivo della proposta redatta dalla Regione Veneto, tanto da non «conquistare», nella sua attuale lettera, la definizione del disegno di legge governativo e il successivo «pedissequo» consenso parlamentare.

In relazione, alla riferita pretesa veneta della compartecipazione del 90% sul gettito complessivo erariale prodotto nel proprio territorio regionale è da specificare una ulteriore eccezione. Essa è riferita alla entità della percentuale rivendicata che, attesa la sua abnormità, è difficile che possa essere considerata una «compartecipazione» in senso stretto. Una misura così assoluta farebbe, difatti, venire meno il significato al termine usato dal costituente al secondo comma, ultimo periodo, dell'art. 119 della Carta che, data la sua consistente entità, sembra simulare un trasferimento dello Stato in favore della Regione interessata, esplicitamente abrogato per la sanità nella sua fattispecie giuridico-economica presa in considerazione dall'art. 1 del d.lgs. 56/2000, ma soprattutto non affatto previsto tra gli strumenti di finanziamento del sistema autonomistico territoriale novellati nella revisione costituzionale del 2001.

Cosa cambierebbe nella sanità rispetto ad oggi

Quanto al contenuto specifico delle attribuzioni rivendicate in materia sanitaria dalle tre Regioni impegnate nelle trattative con il Governo - finalizzate alla definizione del negoziato da tradurre in Intesa da trasformare il disegno di legge governativo da approvare in Parlamento a maggioranza assoluta dei suoi componenti - è appena il caso di rappresentare quanto segue.

Tutte e tre le ipotesi, fosse anche nella diversità delle forme evidenziabili tra quelle elaborate dal Veneto e dalla Lombardia con quella perfezionata dall'Emilia-Romagna, sono tutte protese a sconvolgere, attraverso l'acquisizione dell'attribuzione legislativa esclusiva della materia della tutela della salute, l'attuale assetto organizzativo dei rispettivi servizi sanitari regionali.

Si profilano, infatti, a seguito della definizione favorevole della procedura *ex art.* 116, comma terzo, segnati cambiamenti nella definizione del sistema di *governance* complessiva, con ricodificazione del sistema aziendalistico che attualmente vi sovrintende e di quello dettato dalla disciplina nazionale prevista per l'individuazione del *management*.

Stessa sorte avrà tutto il resto. Probabilmente, si registrerà un complessivo stravolgimento, di quanto disposto nel Titolo II, disciplinante le «Prestazioni», del vigente decreto legislativo 502/92.

Pertanto si profilano, specie nel Veneto, novità importanti in materia di disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che da personale convenzionato, caratterizzato dall'intrattenimento di un rapporto di lavoro di tipo parasubordinato, potrebbe essere trasformato in personale organico alle dipendenze del servizio sanitario di riferimento. Nondimeno, si registrerà, verosimilmente, una trasformazione radicale anche del sistema fondato sulle

cosiddette 3A, sia dalla rinnovata regolazione del rilascio dell'accreditamento, che potrebbe andare ben oltre l'attuale tipologia istituzionale, che della definizione e stipulazione, rispettivamente, degli accordi tra enti pubblici e contratti con gli erogatori privati, finalizzati alla compravendita di prestazioni sia ambulatoriali che ospedaliere nonché della rivisitazione dell'attuale sistema della relativa remunerazione tariffaria. Ulteriori novità potrebbero anche riguardare la disciplina del servizio farmaceutico con riferimento, altresì, all'esercizio delle farmacie, siano esse pubbliche che private, tanto da potere codificare una loro diretta partecipazione, con un conseguente significativo ruolo collaborativo, nell'ambito dell'assistenza primaria, che potrebbe assumere una diversità organizzativa rispetto a quella sancita dal decreto legge 158/2012.

Ovviamente, il tutto da attuare a seguito - pena una tutela della salute ulteriormente discriminate per il Mezzogiorno spesso del tutto privo, fra l'altro, delle strutture efficienti altrove rinvenibili e soffocato da piani di rientro dalla durata eterna - della definizione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e della costituzione del fondo perequativo, entrambi garanti del *welfare* assistenziale.

Fondazione Trasparenza

COMPENDIO COMPARATIVO DELLE PROPOSTE DI LOMBARDIA, VENETO E EMILIA ROMAGNA, SULLA TUTELA DELLA SALUTE ALL'ESAME DEL GOVERNO FINALIZZATE AL PERFEZIONAMENTO DELLE PREVISTE INTESE (ex art. 8, comma 3, Cost.)

Tutela della Salute proposta della Regione Lombardia	Tutela della Salute proposta della Regione Veneto	Tutela della Salute proposta della Regione Emilia-Romagna
<p>Art. 24 - Tutela della salute</p> <p>1. È attribuita alla Regione Lombardia, nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire sul territorio nazionale, la potestà legislativa e amministrativa in materia di “tutela della salute” in relazione ai seguenti aspetti:</p> <p>definizione dell’assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei relativi profili di <i>governance</i> e organizzativi;</p> <p>organizzazione dell’offerta ospedaliera e territoriale;</p> <p>definizione dei percorsi formativi delle professioni sanitarie, anche in raccordo con le università, comprese la formazione continua dei medici di medicina generale, nonché la programmazione delle borse di studio per specializzandi e la loro progressiva integrazione operativa con il sistema aziendale;</p> <p>definizione di profili attinenti al sistema tariffario, di rimborso e di remunerazione, compresa la compartecipazione alla spesa sanitaria;</p> <p>definizione dell’utilizzo delle risorse finanziarie da impiegare per il personale, per l’acquisto di beni e servizi, di farmaci, dispositivi medici, nonché per l’acquisto di prestazioni da erogatori di diritto privato, a fronte della garanzia dell’equilibrio economico-finanziario complessivo del sistema sociosanitario;</p> <p>definizione della programmazione, a fronte di finanziamenti certi, degli investimenti relativi al patrimonio edilizio e tecnologico pubblico;</p> <p>definizione di modalità erogative dei farmaci e dei dispositivi e di indirizzi di appropriatezza terapeutica e prescrittiva;</p> <p>definizione, in esercizio di poteri sostitutivi, dell’equivalenza terapeutica per principi attivi uguali e delle regole in materia di payback;</p> <p>definizione delle modalità di integrazione dei data base dei registri di monitoraggio AIFA con i sistemi informativi regionali;</p> <p>istituzione e regolamentazione di un</p>	<p>Art. 25 - Tutela della Salute</p> <p>1. È attribuita alla Regione del Veneto la competenza legislativa ai sensi dell’articolo 117, quarto comma, della Costituzione in materia di Tutela della Salute con riferimento ad ogni aspetto relativo alla organizzazione e al governo del sistema socio sanitario regionale, anche in superamento dei limiti di spesa fissati dallo Stato, inclusa la disciplina del reclutamento e del regime dei dirigenti e dei dipendenti del servizio sanitario regionale.</p> <p>2. La Regione del Veneto esercita altresì le seguenti competenze legislative e amministrative:</p> <p>a) disciplina del personale del servizio sanitario regionale, comprese la regolamentazione della libera professione dei dirigenti medici e sanitari e la previsione di contratti di lavoro libero professionali tra i professionisti sanitari e le aziende ed enti del servizio sanitario regionale anche per lo svolgimento di funzioni ordinarie;</p> <p>b) istituzione di un livello di contrattazione regionale, in cui destinare specifiche risorse aggiuntive regionali, per integrare la struttura retributiva del personale dipendente del servizio sanitario regionale al fine di incentivare e valorizzare la professionalità, e per prevedere incentivi e misure di sostegno al personale che opera presso sedi disagiate;</p> <p>c) disciplina dell’accesso dei medici al servizio sanitario regionale con possibilità di impiego presso strutture ospedaliere e territoriali di medici in possesso di laurea in medicina e chirurgia e abilitazione ma non specializzati per attività medico chirurgiche di supporto;</p> <p>d) ampliamento della rete formativa delle specializzazioni mediche e sanitarie, con facoltà di attivazione di percorsi alternativi di formazione specialistica dei medici presso le aziende sanitarie e ospedaliere del servizio sanitario regionale, in</p>	<p>Art. 1- Oggetto e finalità</p> <p>Nel rispetto dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell’art. 117, comma 2, lett. m), cost., alla Regione Emilia-Romagna sono attribuite ulteriori competenze legislative ed amministrative nella materia della “<i>tutela della salute</i>”, di cui all’art. 117, comma 3, della Costituzione, per il perseguimento delle seguenti finalità:</p> <p>a) rendere più flessibile la capacità di gestione della spesa, mediante rimozione di vincoli specifici presenti e futuri, con particolare riferimento a quelli in materia di personale e di valutazione del risultato economico dei singoli enti sanitari regionali;</p> <p>b) improntare il sistema di accesso alle scuole di specializzazione e la dotazione organica del personale medico all’integrazione operativa con il sistema aziendale, alla qualità e alle specifiche esigenze del territorio;</p> <p>c) garantire una più equa accessibilità ai servizi sanitari da parte dei cittadini residenti attraverso la determinazione del sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione alla spesa;</p> <p>d) efficientare l’organizzazione del Servizio Sanitario Regionale attraverso la definizione del sistema di <i>governance</i>;</p> <p>e) determinare politiche del farmaco in ordine alla sua distribuzione e all’equivalenza terapeutica, coerenti con le esigenze del territorio;</p> <p>f) garantire l’adeguatezza del patrimonio edilizio e tecnologico attraverso risorse certe e propri percorsi autorizzativi;</p> <p>g) potenziare l’erogazione di prestazioni sanitarie attraverso misure di semplificazione, agevolazione e ampliamento di fondi integrativi regionali.</p>

<p>fondo regionale integrativo del fondo sanitario nazionale e definizione di un livello minimo di defiscalizzazione per favorire e incentivare l'adesione volontaria;</p> <p>contrasto al gioco d'azzardo patologico e determinazione delle distanze dei punti gioco dai luoghi sensibili.</p>	<p>raccordo con le università che continuano a svolgere la parte teorica della formazione, e di previsione di contratti a tempo determinato finalizzati alla specializzazione-lavoro per i laureati in medicina e chirurgia che vengono inseriti, per la durata della specializzazione, nelle strutture del servizio sanitario regionale;</p> <p>f) determinazione del numero di contratti di formazione specialistica al fine di rispondere ai fabbisogni espressi dalla Regione;</p> <p>g) facoltà di stipulare specifici accordi con le Università presenti su tutto il territorio dell'Unione Europea per l'accesso dei laureati in medicina e chirurgia alle scuole di specializzazione;</p> <p>h) disciplina dell'erogazione delle cure primarie in forme aggregate complesse con medici convenzionati o medici dipendenti del sistema socio sanitario regionale o con forme di accreditamento.</p> <p>3. La Regione del Veneto, nell'esercizio delle competenze legislative e amministrative in materia di sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione, di compartecipazione alla spesa sanitaria:</p> <p>a) in assenza di determinazione o aggiornamento delle tariffe da parte dello Stato, ha facoltà di definire le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero sulla base dell'analisi dei costi per l'erogazione della singola prestazione o sulla base analogica del costo di prestazioni simili;</p> <p>b) ha facoltà di abolire la quota fissa di compartecipazione alla spesa sanitaria prevedendo misure alternative per la copertura nonché di introdurre sistemi di esenzione modulati in base al reddito.</p> <p>4. La Regione del Veneto, in materia farmaceutica:</p> <p>a) fornisce indirizzi su appropriatezza terapeutica e prescrittiva nonché sulle modalità erogative ritenute più efficienti;</p> <p>b) integra i data base dei registri di monitoraggio AIFA ed i sistemi informativi adottati a livello regionale mediante lo scambio codificato di informazioni telematiche;</p> <p>c) esercita i poteri sostitutivi nel caso in cui AIFA non adotti le decisioni</p>	<p>Articolo 2 - Vincoli di spesa specifici Nel rispetto dell'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, anche al fine di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Regionale, alla Regione è attribuita autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in ordine alla rimozione di vincoli di spesa specifici, presenti e futuri, con particolare riferimento a quelli in materia di personale e di valutazione del risultato economico dei singoli enti sanitari regionali.</p> <p>Art. 3 - Percorsi di specializzazione Nel rispetto dei vincoli di bilancio e dei requisiti di accreditamento delle scuole di specializzazione, al fine di realizzare percorsi formativi di qualità, alla Regione è attribuita autonomia legislativa e amministrativa in materia di accesso alle scuole di specializzazione. Tale autonomia consente alla Regione di realizzare la piena integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale, e altresì di intervenire sulla programmazione delle borse di studio per gli specializzandi operata dal livello nazionale per adeguarlo alle specifiche esigenze del territorio. A tale scopo, la Regione stipula specifici accordi con le Università presenti sul territorio regionale.</p> <p>La Regione può avviare percorsi formativi di specializzazione anche attraverso contratti a tempo determinato di specializzazione lavoro per i medici, alternativi ai contratti di formazione specialistica e tali da assicurare una qualità equivalente delle competenze acquisite.</p> <p>La Regione definisce le modalità per l'inserimento dei medici titolari del suddetto contratto di specializzazione lavoro all'interno delle proprie strutture sanitarie, fermo restando che il contratto in esame non attribuisce un diritto all'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale, né dà luogo all'instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con lo stesso, restando ferma la disciplina in materia di accesso al pubblico impiego.</p> <p>La Regione concorda con gli Atenei regionali percorsi che consentano ai</p>
---	---	---

	<p>sull'equivalenza terapeutica e in materia di <i>payback</i>.</p> <p>5. La Regione del Veneto, in tutti i casi in cui disposizioni di legge prevedano atti o provvedimenti attuativi statali e questi non siano emanati, può adottare atti o provvedimenti efficaci per il territorio regionale. Gli atti e i provvedimenti regionali perdono efficacia quando lo Stato, competente in via principale, vi provvede.</p> <p>6. Allo scopo di individuare nuove forme di finanziamento del servizio sanitario regionale con un'equa contribuzione da parte degli assistiti, la Regione del Veneto può istituire fondi sanitari integrativi.</p> <p>7. Alla Regione del Veneto è riconosciuto un ammontare annuo di risorse certo e adeguato a garantire la realizzazione degli investimenti per contrastare l'inadeguatezza del patrimonio edilizio e tecnologico sanitario e sociosanitario.</p>	<p>medici titolari del contratto di cui al comma 2 l'accesso alle scuole di specializzazione, nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole medesime.</p> <p style="text-align: center;">Art. - 4 Sistema tariffario e compartecipazione alla spesa sanitaria</p> <p>Fermo restando il rispetto dell'equilibrio tra le entrate e le spese del bilancio, alla Regione è attribuita autonomia legislativa e amministrativa in merito al sistema tariffario, incluse le modalità di rimborso, e alla determinazione della compartecipazione alla spesa sanitaria per i cittadini residenti nella Regione.</p> <p style="text-align: center;">Art. 5 - Governance degli Enti del Servizio Sanitario Regionale</p> <p>Alla Regione è attribuita autonomia legislativa e amministrativa in ordine alla definizione della <i>governance</i> degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, anche rispetto alle modalità di erogazione dei servizi ospedalieri e territoriali, al fine di garantire un assetto organizzativo della rete dei servizi e delle strutture di supporto efficiente, integrato e di qualità.</p> <p style="text-align: center;">Art. 6 - Politiche del farmaco</p> <p>Ferme restando le funzioni attribuite all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), alla Regione è attribuita autonomia amministrativa in ordine alle decisioni sull'equivalenza terapeutica tra medicinali contenenti differenti principi attivi, qualora AIFA non intervenga con motivate e documentate valutazioni in attuazione della normativa vigente.</p> <p>Ferme restando le funzioni attribuite all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dalla normativa vigente, alla Regione è attribuita autonomia legislativa e amministrativa in ordine alla definizione qualitativa e quantitativa delle forme di distribuzione, anche diretta, dei farmaci, tenuto conto dei differenti regimi assistenziali.</p> <p style="text-align: center;">Art. 7 - Patrimonio edilizio e tecnologico</p> <p>Al fine di assicurare la certezza e adeguatezza degli investimenti per il patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio Sanitario Regionale, anche</p>
--	---	--

		<p>in un quadro temporale pluriennale, alla Regione è attribuita autonomia legislativa, amministrativa e programmatica in ordine alla definizione degli interventi da realizzare, sia attraverso risorse attinte da fondi finalizzati allo sviluppo infrastrutturale del Paese, sia attraverso la definizione di strategie e percorsi autorizzativi di finanziamento propri.</p> <p>Art. 8 - Fondi sanitari integrativi Nel rispetto dei vincoli di bilancio e dei livelli essenziali di assistenza, alla Regione è attribuita autonomia legislativa, amministrativa ed organizzativa in materia di fondi sanitari integrativi, al fine di definire misure di semplificazione e agevolazione, ovvero ampliarne l'ambito oggettivo di applicazione, anche in deroga alla normativa vigente.</p>
--	--	--