

18/85/CR06/C7

Documento sulle problematiche del Servizio Sanitario Nazionale da rappresentare in audizione presso la Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica

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

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

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

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

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

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

- a) **le risorse finanziarie;**
- b) **le risorse umane e professionali del SSN;**
- c) **gli investimenti;**

- d) la *governance* delle politiche e della spesa per il farmaco;**
- e) il rilancio della medicina generale e delle cure primarie;**
- f) riforma delle Agenzie Nazionali (AIFA e AGENAS) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS);**
- g) autonomie differenziate in materia di tutela della salute.**

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

a) Risorse finanziarie

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

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

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

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

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

- garantire **l'autonomia, programmatica ed organizzativa**, delle Regioni nella realizzazione dell'obiettivo dell'erogazione dei LEA, in condizione di efficienza, qualità e appropriatezza;
- garantire **l'autonomia regionale nell'utilizzo delle risorse**, eliminando sia i vincoli di destinazione – salvo casi straordinari da concordare preventivamente –, sia lo strumento, obsoleto e burocratico, degli *obiettivi di piano*, riportando tali risorse nel 'contenitore' del fabbisogno *indistinto*;
- rinforzare gli *strumenti e gli indicatori di verifica dei livelli assistenziali* erogati dalle Regioni e la valutazione sui risultati raggiunti, attraverso la definizione – previa intesa con le Regioni – del *Nuovo Sistema di Garanzia* previsto dagli artt. 1 e 10 del Patto per la Salute, favorendo il confronto tra le buone pratiche regionali, la loro diffusione e la trasparenza dei procedimenti;
- **correlare** le risorse per il fondo sanitario nazionale con l'andamento del **PIL** (Si veda allegato 1).

b) Risorse umane e professionali del SSN

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

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

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

A titolo esemplificativo e non esaustivo si propone:

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

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

1. Formazione specialistica dei medici

Modalità attuali di formazione specialistica dei medici

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

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

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

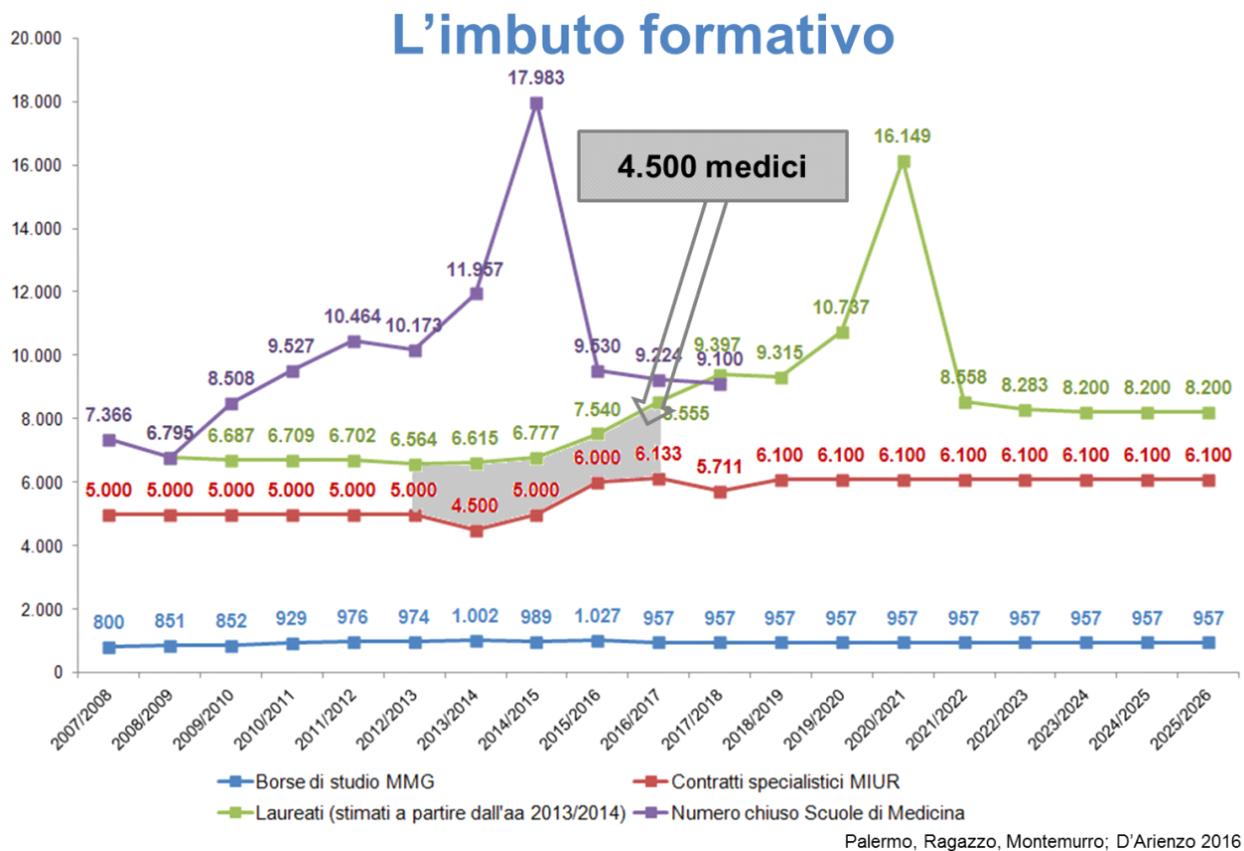
Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, sulla base delle richieste di fabbisogno espresse dalle regioni, stabilisce annualmente per ogni ateneo il numero posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione e il numero di contratti di formazione specialistica da attivare.

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

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

Criticità

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



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

Proposte

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

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

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

Per costoro in particolare:

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

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

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

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

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

2 Nuovo limite di spesa per il personale del SSN

Normativa attuale

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

L'art. 17, comma 3-bis, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, come sostituito dall' art. 1, comma 584, lett. b), della legge 23 dicembre 2014, n. 190 ed integrativo o dall'articolo 1, comma 454 della L. 27 dicembre 2017, n. 205 stabilisce che, a decorrere dal 1° gennaio 2015, la regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento del predetto obiettivo di spesa. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale, ovvero una variazione dello 0,1% annuo fino al totale conseguimento nell'anno 2020 degli obiettivi previsti all' articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge 191/2009.

Criticità

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

Proposte

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

c) Investimenti

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

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

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

È indispensabile agire su due fronti:

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

Un Programma nazionale per la riqualificazione del patrimonio edilizio del SSN

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

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

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

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

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

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

d) Governance delle politiche e della spesa per il farmaco

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

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

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

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

1. Procedura P/V

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

2. Tetti di spesa

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

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

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

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

3. Registri AIFA

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

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

E' stato attivato un tavolo di collaborazione tra AIFA e Regioni per semplificare e rendere più fruibili (e accessibili) i dati dei registri da parte degli operatori sanitari sia sul versante amministrativo che su quello clinico. Si tratta di una richiesta che da anni le regioni stanno avanzando, come pure l'abolizione dei registri cartacei con la contestuale attivazione dei registri rispetto all'immissione in commercio del medicinale.

4. Farmaci innovativi

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

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

La Legge 232/2016 comma 402 prevede che nella determina per la definizione dei criteri di innovatività si definiscano sia le modalità per la valutazione degli effetti di tali farmaci ai

fini della permanenza del requisito di innovatività sia le modalità per la eventuale riduzione del prezzo di rimborso a carico del Servizio sanitario nazionale. Questo ultimo aspetto potrebbe essere implementato.

5. Ridefinizione delle liste di trasparenza

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

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

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

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

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

6. Sostituibilità automatica dei farmaci biosimilari con gli originator

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

7. Concorrenza sui prezzi del mercato farmaceutico

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

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

8. Revisione Delibera CIPE

Deve essere rafforzata la valutazione di carattere farmaco economico introducendo l'obbligatorietà per la ditta di documentare la coerenza del prezzo proposto con i benefici apportati, tramite la presentazione di dossier contenenti studi di costo-efficacia (CEA) e studi di impatto sul budget (BIA).

Risulta necessario procedere ad una revisione della Delibera CIPE sulla contrattazione dei prezzi che risale al febbraio 2001.

9. Classe C(nn) e Legge 648

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

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

10. Costi assistenziali integrati

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

11. Revisione prontuario

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

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

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

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

e) Il rilancio della medicina generale e delle cure primarie

Il mutato contesto epidemiologico - con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale - impone la riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso nuovi modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, un forte impulso dell'assistenza domiciliare.

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

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

Nel settembre 2014 (Documento di sintesi del 25.9.2014) la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome aveva confermato la necessità di riordino delle Agenzie nazionali e dell'ISS. In questi anni, i tre enti hanno svolto un ruolo molto significativo di cerniera tra il

Governo centrale (Ministero della Salute e MEF) e le Regioni, contribuendo alla tenuta del sistema.

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

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

g) autonomie differenziate in materia di tutela della salute

In materia di Tutela della Salute, le pre intese riconoscono ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia amministrativa e legislativa con riferimento a rilevanti settori sui quali l'intervento dello Stato ha determinato limitazioni all'azione delle Regioni.

Nello specifico, è riconosciuta la possibilità di rimuovere i diversi vincoli di spesa posti dalla normativa statale, compresi quelli riguardanti le spese per il personale del servizio sanitario regionale. Con riguardo al medesimo personale è inoltre riconosciuta maggiore autonomia di gestione e la possibilità di attribuire risorse aggiuntive regionali, in particolare a chi presta servizio presso sedi disagiate, mentre in tema di formazione specialistica dei medici si riconosce alle Regioni la possibilità di avviare nuovi percorsi finalizzati alla stipula di contratti a tempo determinato.

Ampia autonomia è attribuita alle Regioni con riguardo alla *governance* delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale, in tema tariffe e misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, in ordine alla istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi, e sono assicurate risorse certe e adeguate per la programmazione di interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico.

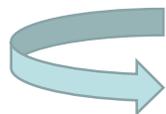
Infine, è previsto un particolare meccanismo sostitutivo delle Regioni in tema di equivalenze terapeutiche tra medicinali nel caso in cui l'Agenzia italiana del farmaco non provveda ai sensi di legge.

Roma, 12 luglio 2018

Evoluzione del fabbisogno Sanitario Nazionale

dal Patto Salute 2014 alla legge di bilancio 2018

Fabbisogno Sanitario Nazionale	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Patto salute 2010 - 2012	104.564	106.884	111.644							
dopo manovre 2010 - 2012	105.266	106.905	107.961	107.005	107.900	111.992	116.174			
dopo manovra 2014				107.005	109.914	114.007	118.190			
previsione spesa sanitaria ante DEF 2014 (avvio lavori "Patto Salute")					109.902	113.452	117.563			
previsione "Patto Salute 2014 - 2016" - post DEF 2014					109.208	112.062	115.444			
previsione FSN dopo manovra DL 66/2014					109.928	111.312	114.694			
L.190/2014						109.715	113.097	116.563		
L.208/2015							111.000	113.063	114.998	
legge bilancio 2017 - nuovi vincoli di spesa								113.000	114.000	115.000
rideterminazione mancato contributo RSS								112.577	113.396	114.396

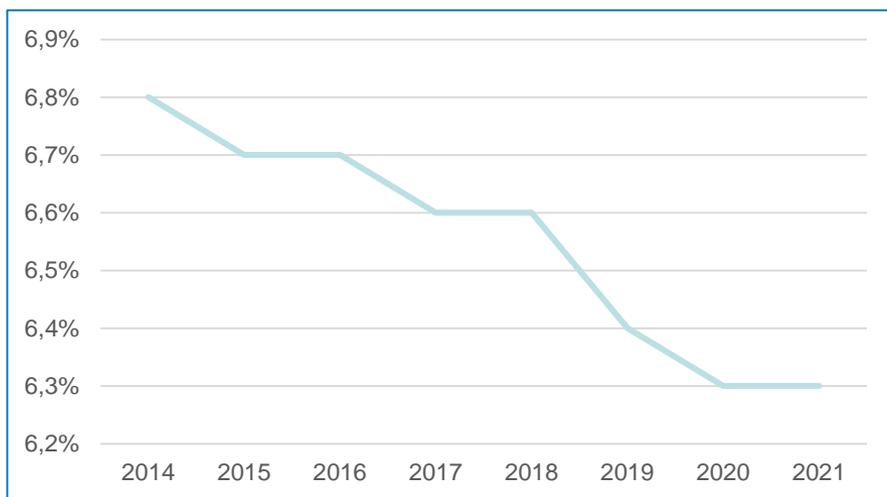


Incremento degli oneri rinnovo contrattuale (pari a circa 1 miliardo):

- **da corrispondere all'interno delle risorse del FSN rimaste inalterate nonostante che i capitoli funzionali a finanziare il rinnovo per le funzioni centrali nella legge di bilancio siano stati incrementati di 2,850 miliardi di € ossia dal 2,03% al 3,48%.**

Spesa sanitaria in % del PIL - Effetti contenimento della spesa sanitaria

La previsione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL presenta un profilo crescente solo a partire dal 2022 attestandosi al 7,7% nel 2060



È necessario aggiornare i contenuti del vecchio Patto Salute 2014 – 2016, le priorità sanitarie e il quadro finanziario per il futuro:

- Stabilizzare la crescita del Fondo Sanitario Nazionale in rapporto al PIL
- Definire un nuovo programma pluriennale di investimenti per l'edilizia sanitaria

Allegato NUE 112

La nascita del Numero Unico per le Emergenze risale, in ambito Europeo, al 1991 su decisione del Consiglio di Europa: con Direttiva n. 91/396/CEE del 29 luglio 1991 è stata prevista l'introduzione del numero 1.1.2. come Numero Unico Europeo per chiamate di emergenza, valido in tutti gli Stati membri. Tale Direttiva veniva abrogata il 24/07/2003, entrando in forza la Direttiva 2002/21/CE del 7 marzo 2002, che istituisce un quadro normativo comune per le reti ed i servizi di comunicazione elettronica (direttiva quadro) e che include la Direttiva 2002/22/CE, relativa al servizio universale e ai diritti degli utenti in materia di reti e di servizi di comunicazione elettronica (direttiva servizio universale, USD). La USD, come integrata dalla Direttiva 2009/136/CE, prevede che gli Stati membri, attraverso l'introduzione del Numero di Emergenza Unico Europeo, debbano garantire che il numero «112» possa essere utilizzato come numero di emergenza unico in tutta la Comunità (considerando 39), che i servizi di emergenza, compreso il numero unico «112», siano accessibili anche agli utenti finali disabili, in particolare i non udenti, gli ipoudenti, le persone con disturbi del linguaggio e le persone sorde e cieche (considerando 41), che le chiamate al numero di emergenza unico europeo “112” ricevano risposte e un trattamento con la stessa rapidità ed efficacia riservate alle chiamate al numero o ai numeri di emergenza nazionali, se questi continuano ad essere utilizzati. Prevede, inoltre, che ogni cittadino deve poter chiamare gratuitamente il Numero di Emergenza Unico Europeo 1.1.2. da qualsiasi apparecchio telefonico (rete fissa e mobile), con la messa a disposizione automatica delle informazioni relative ad identificativo del chiamante e localizzazione e che al Numero Unico di Emergenza Europeo sia garantita un'adeguata campagna di informazione per la popolazione.

Al fine di assicurare l'aderenza alle Direttive comunitarie, a seguito dell'avvio della procedura di infrazione nei confronti dell'Italia per la mancata attuazione del Numero di Emergenza Unico Europeo, anche per quanto riguarda il profilo di identificazione e localizzazione del chiamante, il Governo mise in campo due successivi decreti: con Decreto del Ministero delle Comunicazioni del 22 gennaio 2008 venne istituito un modello di interconnessione tra le centrali operative della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri, ai quali venne assicurata la possibilità di accedere alle informazioni sulla localizzazione delle chiamate dirette alle numerazioni 112 e 113 rese disponibili dalle reti telefoniche fisse e mobili.

Il 15 gennaio 2009 la Corte di Giustizia Europea condannava l'Italia per inadempimento alle prescrizioni della Direttiva 2002/22/CE

Con successivo Decreto del Ministero dello Sviluppo Economico del 12 Novembre 2009, la possibilità di localizzazione delle chiamate venne estesa alle numerazioni 115 e 118, prendendo così forma il progetto denominato “NUE 2009 integrato”.

Allegato NUE 112

Il 5 maggio 2010 la Commissione informava di aver richiesto alla Corte di giustizia di infliggere una penale all'Italia per non avere messo a disposizione le informazioni relative alla localizzazione delle chiamate telefoniche al 112.

Il progetto “NUE 2009 integrato”, in quel momento in fase di prima attuazione, attribuiva in via temporanea, in relazione all’urgenza determinata dall’avvio della procedura di infrazione e conseguente inflizione di una pesante sanzione pecuniaria nei confronti dell’Italia, le funzioni di ricezione e gestione delle chiamate di emergenza alle Forze di Pubblica Sicurezza e ha rappresentato il passo fondamentale per la realizzazione dell’infrastruttura nazionale di base per la graduale attuazione del N.U.E. 1.1.2.

Il progetto “NUE 2009 integrato” è stato caratterizzato dai seguenti aspetti funzionali:

- 1) tutte le Forze coinvolte nella gestione delle richieste di intervento (Carabinieri, Polizia, Emergenza Sanitaria, Vigili del Fuoco) sono interconnesse ad una VPN (Virtual Private Network, cioè una Rete Privata Virtuale), che consente l’interscambio di voce e dati;
- 2) tutte le Forze possono accedere al CED Interforze (Centro elaborazione dati delle Forze di pubblica sicurezza), per ricevere i dati di identificazione e localizzazione del chiamante sia da telefonia fissa che mobile.

Il modello “NUE 2009 integrato” ha previsto una distribuzione omogenea delle chiamate dirette alle numerazioni 112 e 113 tra Polizia e Carabinieri, cui competeva l’eventuale smistamento a 118 e 115, qualora di pertinenza di questi ultimi.

L’operatore delle Forze di Pubblica Sicurezza, una volta ricevuta una chiamata che riguardava il proprio Ente, doveva quasi sempre gestire anche l’intervento sul territorio: inevitabile, quindi che, per la gestione di una chiamata di soccorso sanitario successiva, tale operatore avrebbe potuto non essere immediatamente disponibile ritardando, pertanto, il soccorso sanitario stesso.

A seguito della necessaria campagna di comunicazione sull’impiego del 1.1.2. come Numero Unico dell’Emergenza (in ottemperanza alle disposizioni Europee), era prevedibile che il numero delle chiamate che sarebbero giunte alle sale operative delle Forze di Pubblica Sicurezza avrebbe subito un netto aumento, con il rischio di un peggioramento delle performance dei servizi di emergenza sanitaria.

A fronte della necessità di scongiurare il pericolo di un peggioramento del servizio di Emergenza Sanitaria, si è ritenuto che il modello del Call Center Laico potesse apportare maggiori elementi migliorativi e rispondere in modo più adeguato alle richieste di soccorso.

Nell’anno 2010, con l’avvio della Centrale Unica di Risposta (CUR) di Varese, secondo il modello del Call Center Laico, è stata ritirata la procedura infrazione nei confronti

Allegato NUE 112

dell'Italia ed è stato introdotto il primo Public Safety Answering Point di primo livello (PSAP1), con l'obiettivo di ottimizzare il percorso di gestione delle chiamate e l'efficacia del soccorso, secondo il principio di "laicità" degli operatori addetti alla risposta alle chiamate – ovvero di non appartenenza di tali operatori ad alcuna delle Amministrazioni responsabili della successiva gestione del soccorso – da cui deriva la denominazione "Call Center Laico".

Nella precedente legislatura le Regioni avevano più volte esaminato la questione NUE 112 definendo una strategia di "minima" relativa alla garanzia che "le nuove soluzioni tecniche devono garantire livelli di servizio ai cittadini non inferiori a quelli garantiti dalle attuali strutture 118". A fine 2009 un gruppo tecnico interregionale ha effettuato "un costante monitoraggio in relazione alle problematiche di ordine tecnico e operativo che emergeranno dal momento in cui si attiveranno le prime funzionalità NUE 112".

Il modello del Call Center Laico viene confermato anche dalla Legge n. 124 del 7 agosto 2015 recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", all'art. 8 comma 1, lett a), che prevede l'istituzione del Numero Unico Europeo 1.1.2. su tutto il territorio nazionale con Centrali Operative laiche da realizzare in ambito regionale.

La Centrale Unica di Risposta (CUR), altrimenti detta Public Safety Answering Point di primo livello (PSAP1), composta da operatori laici, garantisce sempre una risposta a tutte le chiamate dirette alle numerazioni di emergenza 1.1.2., 1.1.3., 1.1.5., 1.1.8.: a prescindere dalla numerazione di emergenza composta dall'utente, sia da rete fissa che mobile, la chiamata viene automaticamente dirottata verso la CUR NUE 1.1.2. competente per territorio.

Gli operatori NUE, prendono in carico le chiamate, ricevono in tempo reale i dati di localizzazione ed identificativo del chiamante (quest'ultimo dato è presente esclusivamente per le chiamate provenienti da rete fissa) forniti dal CED Interforze del Dipartimento di Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, eventualmente integrati attraverso l'intervista telefonica all'utente, attivano una audio-conferenza con il servizio di interpretariato telefonico (garantito anche nella prosecuzione di intervista da parte del PSAP2) qualora il chiamante parli una lingua straniera, individuano la natura dell'emergenza classificando l'evento in categorie e sottocategorie predefinite, trasferiscono scheda contatto e fonia al PSAP2 competente, ovvero all'Ente di soccorso a cui è demandata la gestione operativa dell'evento (Carabinieri, Polizia, Emergenza Sanitaria, Vigili del Fuoco, Vigili Urbani se operativi H24, Guardia Costiera, Corpo Forestale – limitatamente ad alcune aree-).

Per consentire un più funzionale raccordo tra gli Enti deputati ad intervenire nel soccorso, il sistema, con l'invio della scheda contatto per conoscenza, permette d'informare in tempo reale, altri Enti sull'evento in corso.

Allegato NUE 112

Qualora la chiamata non rivesta carattere di emergenza (Es. chiamata pervenuta per errore, scherzi telefonici, richieste di informazioni, altro), il processo si conclude con l'archiviazione, senza alcun coinvolgimento dei PSAP2.

Attraverso il NUE 1.1.2 viene garantita la sicurezza dei cittadini ed una efficace gestione delle chiamate di emergenza:

- il NUE 1.1.2. centralizza tutte le tipologie di chiamata di soccorso: l'utente trova sempre una risposta che, in media, arriva entro 5 secondi (uno squillo);
- le chiamate inappropriate vengono filtrate (mediamente con una percentuale del 50 %), permettendo ai PSAP2 di concentrarsi unicamente sulla gestione delle chiamate di effettiva emergenza;
- il NUE 1.1.2. localizza le chiamate ed identifica il chiamante grazie alle informazioni pervenute dal CED Interforze del Viminale;
- la chiamata è gratuita e può essere effettuata anche con cellulari privi di SIM o con SIM senza credito;
- viene garantito un servizio multilingue (anche ai PSAP2);
- viene garantito l'accesso ai soggetti diversamente abili;
- con l'utilizzo di apposite app (WhereAREU, FlagMii) il cittadino viene localizzato in maniera puntuale attraverso il sistema GPS;
- ogni chiamata viene tracciata, sia nel primo che nel secondo livello di soccorso.
- il modello realizzato consente alla CUR che riceve una chiamata di competenza territoriale esterna a quella della regione di proprio riferimento di inoltrare fonìa e scheda direttamente alle Centrali di secondo livello extraregionali competenti.

E' prevista l'attivazione di una CUR per un bacino di tre/ quattro milioni di abitanti, fatti salvi i casi di attivazione di CUR per numeri inferiori di abitanti, ma con funzione di vicariamento tra CUR stesse: a tutela del cittadino è previsto, infatti, che in caso di iperafflusso di chiamate verso una CUR, o di malfunzionamento della stessa (c.d. Disaster Recovery), le chiamate vengano automaticamente dirottate verso la CUR "vicaria", senza alcun disagio o disservizio per gli utenti, a garanzia della continuità del servizio.

La garanzia del servizio pubblico essenziale NUE 1.1.2. avviene attraverso gli operatori "laici", il cui numero varia da 1 unità ogni 50.000/ 57.000 abitanti, in prospettiva di adeguarsi allo standard previsto dal D.L. n. 14 del 20 febbraio 2017, che prevede un limite massimo di 1 unità ogni 30.000 residenti.

Ogni operatore, in media, risponde alle chiamate in 5 secondi e ha un tempo di riferimento per la processazione pari a 40 secondi; l'operatore, però, deve inoltrare la chiamata e la scheda contatto generata al PSAP2 ed ecco che il tempo di impegno degli operatori è fortemente condizionato dai tempi di risposta degli operatori dei PSAP2.

Si è osservato che, in occasione di eventi di particolare criticità, il tempo di attesa alla risposta da parte del NUE 1.1.2. è aumentato notevolmente, aggirandosi attorno a qualche

Allegato NUE 112

minuto, rimanendo però costante (rispetto a condizioni di operatività standard) il tempo di processo della chiamata da parte degli operatori (40 secondi): anche nel caso di “picchi” di chiamate, gli operatori NUE 1.1.2. processano la chiamata nei tempi standard individuati, ma rimangono impegnati per un tempo maggiore, nell’attesa che i PSAP2 prendano in carico la fonia e la scheda contatto, comportando, di conseguenza, un allungamento nei tempi di risposta dell’intera CUR.

E’ stato rilevato che in condizioni di operatività prive di eventi di particolare criticità, l’attività del NUE 1.1.2. non ha allungato i tempi complessivi di soccorso all’utente: fornendo ai PSAP2 una scheda contatto contenente le informazioni essenziali per ogni tipo di soccorso, relative a localizzazione, identificativo dell’utente, categorizzazione dell’evento, consente agli stessi di concentrare la propria attività nella gestione operativa dell’evento, compensando, quindi, il tempo impiegato per l’intervista NUE 1.1.2. con il tempo “risparmiato” dai PSAP2 per aver già a disposizione le informazioni che, comunque, sarebbe stato necessario acquisire.

Per la gestione delle condizioni in cui si verifichi un elevato numero di chiamate in entrata per un evento di particolare gravità, estensione (esondazioni, incendi, crolli con presenza di feriti), al fine di evitare la saturazione dei flussi e assicurare sempre una risposta a tutte le chiamate d’emergenza, è stata prevista l’introduzione di una particolare tipologia di filtro che permette di determinare in maniera rapida la priorità delle richieste di soccorso.

Da qui discende l’importanza di una attenta analisi dei dati attualmente a disposizione: dalla nascita del NUE 1.1.2. è stato possibile rilevare in modo puntuale e giornaliero una serie di informazioni dell’attività del NUE 1.1.2., inerenti sia la CUR stessa, che gli altri PSAP2, costituendo, così, il NUE 1.1.2. un “metro di misura” delle performance di tutti i PSAP2 coinvolti nella rete dei soccorsi in emergenza.

In particolare, giornalmente, le Regioni in cui è attivo il NUE 1.1.2., inviano al Ministero un report attestante: il numero delle chiamate ricevute, la circadiana delle chiamate (cioè il numero delle chiamate ricevute per ogni ora, nell’arco delle 24 ore), il numero delle chiamate abbandonate dall’utente prima della risposta, il tempo medio di attesa (in particolare, l’attesa superiore ai 5 secondi), il tempo medio di processo (intervista NUE 1.1.2.) e di impegno (intervista NUE 1.1.2.+ attesa di risposta PSAP2= durata effettiva della chiamata al NUE 1.1.2.) dell’operatore, effetto filtro delle chiamate non di emergenza/improprie, la risposta di localizzazione del CED Interforze, ecc.

La disponibilità di report giornalieri di attività consente di analizzare e confrontare dati di performance, al fine di perseguire un miglioramento continuo del servizio.



NUE1.1.2 - REPORT ATTIVITA ANNUALE CUR

CHIAMATE PER LINEA DI INGRESSO

Id Year	2018								Totale	
	CUR	BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN		VA
LINEA										
n° NUE_112	487.956	614.426	200.348	327.516	559.324	833.087	93.478	562.296	3.678.431	
NUE_113	71.610	111.283	35.925	56.101	121.866	233.364	7.702	67.599	705.450	
NUE_115	28.800	108.441	14.058	22.659	43.588	78.833	5.736	25.410	327.525	
NUE_118	123.994	160.174	64.814	99.743	306.455	239.459	17.721	124.945	1.137.305	
Totale	712.360	994.324	315.145	506.019	1.031.233	1.384.743	124.637	780.250	5.848.711	

	CUR	BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA
LINEA									
% NUE_112	68,50%	61,79%	63,57%	64,72%	54,24%	60,16%	75,00%	72,07%	
NUE_113	10,05%	11,19%	11,40%	11,09%	11,82%	16,85%	6,18%	8,66%	
NUE_115	4,04%	10,91%	4,46%	4,48%	4,23%	5,69%	4,60%	3,26%	
NUE_118	17,41%	16,11%	20,57%	19,71%	29,72%	17,29%	14,22%	16,01%	

CHIAMATE PER MESE

yy_mm	201801	201802	201803	201804	201805	201806	201807	Totale
CUR								
n° BS	114.199	103.026	117.081	110.450	115.926	115.559	36.119	712.360
CT	164.318	130.611	154.141	163.341	160.673	172.794	48.446	994.324
FV	50.254	45.759	49.903	47.802	51.921	53.677	15.829	315.145
GE	88.648	71.469	83.181	81.625	82.993	69.812	28.291	506.019
MI	161.753	150.908	164.644	153.897	173.501	173.567	52.963	1.031.233
RM	216.168	204.357	233.321	213.793	215.700	225.854	75.550	1.384.743
TN	21.406	19.424	19.671	18.274	18.915	19.792	7.155	124.637
VA	127.194	114.637	127.858	115.828	118.869	132.985	42.879	780.250
Totale	943.940	840.191	949.800	905.010	938.498	964.040	307.232	5.848.711

EFFETTO FILTRO SULLE CHIAMATE PROCESSATE

	CUR	BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA	Totale
Inoltro Psap2										
% NO		53,97%	69,68%	42,61%	46,80%	52,59%	51,43%	40,93%	47,43%	53,63%
SI		46,03%	30,32%	57,39%	53,20%	47,41%	48,57%	59,07%	52,57%	46,37%

	CUR	BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA	Totale
Inoltro Psap2										
n° NO	341.876	641.859	122.463	207.925	485.218	524.472	44.610	322.437	2.690.860	
SI	291.529	279.257	164.917	236.405	437.492	495.239	64.383	357.388	2.326.610	



NUE1.1.2 - REPORT ATTIVITA ANNUALE CUR

EFFETTO FILTRO PER LINEA DI INGRESSO CHIAMATE

CUR		BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA	Totale	
%	LINEA	Inoltro Psap2									
	NUE_112	NO	61,84%	85,11%	47,47%	53,04%	60,48%	61,58%	42,38%	52,63%	62,26%
		SI	38,16%	14,89%	52,53%	46,96%	39,52%	38,42%	57,62%	47,37%	37,74%
	NUE_113	NO	53,64%	59,85%	50,46%	55,90%	36,38%	56,36%	48,31%	53,69%	52,34%
		SI	46,36%	40,15%	49,54%	44,10%	63,62%	43,64%	51,69%	46,31%	47,66%
	NUE_115	NO	62,78%	65,24%	48,80%	46,14%	60,87%	41,23%	50,84%	59,81%	56,62%
		SI	37,22%	34,76%	51,20%	53,86%	39,13%	58,77%	49,16%	40,19%	43,38%
	NUE_118	NO	24,09%	22,70%	23,22%	23,47%	44,97%	22,11%	27,48%	20,68%	28,87%
		SI	75,91%	77,30%	76,78%	76,53%	55,03%	77,89%	72,52%	79,32%	71,13%

CUR		BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA	Totale	
n°	LINEA	Inoltro Psap2									
	NUE_112	NO	262.049	478.617	84.805	148.040	287.367	346.578	34.372	252.793	1.894.621
		SI	161.731	83.716	93.843	131.089	187.751	216.250	46.737	227.560	1.148.677
	NUE_113	NO	34.762	61.959	16.813	28.323	41.084	107.447	3.252	31.923	325.563
		SI	30.043	41.572	16.506	22.342	71.848	83.185	3.479	27.533	296.508
	NUE_115	NO	16.511	66.455	6.366	9.521	24.030	24.978	2.555	13.406	163.822
		SI	9.789	35.402	6.679	11.115	15.445	35.607	2.471	9.010	125.518
	NUE_118	NO	28.554	34.828	14.479	22.041	132.737	45.469	4.431	24.315	306.854
		SI	89.966	118.567	47.889	71.859	162.448	160.197	11.696	93.285	755.907

CHIAMATE INOLTRATE AI PSAP2

CUR		BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA	Totale
DS_TP_PSAP2										
%	1. CARABINIERI	36,26%	19,93%	22,15%	18,33%	24,43%	19,32%	24,43%	40,60%	25,99%
	2. POLIZIA DI STATO	11,89%	16,79%	15,43%	17,58%	21,26%	24,52%	8,85%	10,13%	17,41%
	3. VIGILI DEL FUOCO	5,38%	15,04%	6,73%	8,98%	4,76%	11,73%	11,64%	4,97%	8,34%
	4. EMERGENZA SANITARIA	46,46%	48,24%	55,69%	55,12%	47,57%	39,49%	55,08%	44,31%	46,84%
	5. POLIZIA LOCALE	.	.	.	.	1,98%	4,94%	.	.	1,43%

CUR		BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA	Totale
DS_TP_PSAP2										
n°	1. CARABINIERI	105.707	55.639	36.522	43.321	106.927	95.708	15.406	145.104	604.334
	2. POLIZIA DI STATO	34.668	46.885	25.449	41.545	93.079	121.430	5.581	36.186	404.823
	3. VIGILI DEL FUOCO	15.698	41.990	11.096	21.216	20.821	58.081	7.343	17.751	193.996
	4. EMERGENZA SANITARIA	135.442	134.692	91.849	130.291	208.238	195.572	34.732	158.344	1.089.160
	5. POLIZIA LOCALE	.	.	.	.	8.666	24.477	.	.	33.143



NUE1.1.2 - REPORT ATTIVITA ANNUALE CUR

TEMPO DI ATTESA UTENZA

Id Year	2018							Totale
	CUR	BS	CT	FV	GE	MI	TN		VA
T.Attesa Mean	2,7	2,9	3,0	5,1	4,7	4,6	4,0	3,8

TEMPI GESTIONE CHIAMATE CHE SI CONCLUDONO AL PSPA1

CUR	BS	CT	FV	GE	MI	TN	VA	Totale
T.Processo Mean	13,1	12,0	21,5	19,4	13,2	27,2	14,4	14,4
T.Impegno Mean	13,1	12,0	21,5	19,4	13,2	27,2	14,4	14,4

TEMPI GESTIONE CHIAMATE INOLTRATE AI PSAP2

CUR	BS	CT	FV	GE	MI	TN	VA	Totale
T.Processo Mean	43,4	50,2	43,0	47,2	49,9	48,4	43,8	46,7
T.Sgancio Mean	38	47	36	34	38	41	40	39
T.Impegno Mean	81,4	97,5	79,3	80,8	88,2	89,4	83,8	86,0



NUE1.1.2 - REPORT ATTIVITA ANNUALE CUR

TEMPO DI ATTESA UTENZA

Id Year	2018								Totale
	CUR	BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN		VA
T.Attesa Mean	2,7	2,9	3,0	5,1	4,7	19,2	4,6	4,0	7,0

TEMPI GESTIONE CHIAMATE CHE SI CONCLUDONO AL PSPA1

CUR	BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA	Totale
T.Processo Mean	13,1	12,0	21,5	19,4	13,2	25,9	27,2	14,4	16,6
T.Impegno Mean	13,1	12,0	21,5	19,4	13,2	25,9	27,2	14,4	16,6

TEMPI GESTIONE CHIAMATE INOLTRATE AI PSAP2

CUR	BS	CT	FV	GE	MI	RM	TN	VA	Totale
T.Processo Mean	43,4	50,2	43,0	47,2	49,9	67,4	48,4	43,8	51,1
T.Sgancio Mean	38	47	36	34	38	44	41	40	40
T.Impegno Mean	81,4	97,5	79,3	80,8	88,2	111,2	89,4	83,8	91,3