



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF. IV DGPROGS

Proposta per il CIPE

OGGETTO: Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2016. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-Regioni.

IMPORTO STANZIATO

Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2016 ammonta ad **€ 111.002,00 milioni**, corrispondente al finanziamento per l'anno 2016 individuato dall'articolo 1, comma 568, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, incrementato di 2 mln di euro per l'erogazione delle cure termali come previsto dall'articolo 1, comma 567, della medesima legge.

Lo stanziamento iniziale di **€ 111.002,00 milioni** comprende le seguenti componenti di finanziamento:

€ 108.192,60 mln: INDISTINTO ¹
€ 1.878,98 mln: VINCOLATO E PROGRAMMATO PER REGIONI E PA ²
€ 652,91 mln: VINCOLATO PER ALTRI ENTI ³

¹ Tale quota è comprensiva, inoltre, delle seguenti quote finalizzate:

- 50,00 mln di euro per la cura dalla dipendenza del gioco d'azzardo (art. 1, comma 133, l. 190/2014),
- 69,00 mln di euro per il rinnovo delle convenzioni con il SSN (L. 133/08),
- 200,00 mln di euro per regolarizzazione dei lavoratori extracomunitari (L. 102/09),
- 800,00 mln di euro per l'aggiornamento del DPCM 29/11/2001 (Art. 1, c. 555, L. 208/2015).

² Di cui:

- 1.500,00 mln di euro per obiettivi di piano (L. 662/96 e L. 133/08), inclusi i 500 mln per farmaci innovativi (art. 1, comma 593, L. 190/2014) ed i 6,37 milioni da assegnare alla quota indistinta come da richiesta del Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome con nota n. 355 dell'11 febbraio 2016:
- 40,00 mln di euro per veterinaria (L. 218/88)
- 38,74 mln di euro per borse di studio ai medici di medicina generale (L. 109/88)
- 30,15 mln di euro per fondo di esclusività (L. 488/99)
- 30,99 mln di euro per assistenza a extracomunitari irregolari (L. 40/98)
- 6,68 mln di euro per attività di medicina penitenziaria (d.lgs. 230/99, come rideterminato dall'art. 1, comma 513 della L. 147/2013)
- 165,42 mln di euro per la medicina penitenziaria (art. 2, comma 283 della legge 244/07, come rideterminato dall'art. 1, comma 513, della L. 147/2013)
- 55,00 mln di euro per il superamento degli OPG (ex art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazione nella legge 17 febbraio 2012, n. 9, e s.m.i.)
- 10,00 mln di euro per lo screening neonatale (art. 1, comma 229, della L. 147/2013 e art. 1, comma 167, della L. 190/2014)

2,00 mln di euro per le prestazioni termali (art. 1, c. 567, L. 208/2015). La spesa autorizzata, ai sensi dell'articolo 1, comma 566, della citata legge 208/2015 è comunque di 5 milioni di euro, al cui finanziamento i predetti 2 milioni concorrono.

€ **277,51** mln: **ACCANTONAMENTO**, pari allo 0,25% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2016, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67-bis, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, e di quanto stabilito, ad integrazione del citato comma 67-bis, dall'articolo 6, comma 4, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 25 febbraio 2016, n. 21; detto importo è ripartito con separato decreto tenendo conto dei contenuti dell'Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 11 febbraio 2016, nei termini trasmessi dal Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome con nota inviata in pari data n. 655 (cfr. allegato 1).

IMPORTO DA RIPARTIRE

L'importo da ripartire con la presente proposta ammonta a € **108.633,05** mln ed è costituito dalle seguenti quote di finanziamento:

- 1) € **108.192,60** mln: **INDISTINTO** calcolato sottraendo alla quota di fabbisogno complessivo di 111.002,00 mln di euro l'importo di 1.878,98 mln di euro (ammontare complessivo degli obiettivi di piano e vincolate), l'importo di 277,51 mln di euro (per accantonamento ex articolo 2, comma 67-bis, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 in materia di meccanismi sanzionatori e premiali) e l'importo di 652,91 mln di euro (per somme vincolate spettanti ad altri enti del Ssn). La quota indistinta comprende, tra l'altro, 50,00 mln di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità, in applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 1, comma 133, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, ed 800,00 mln di euro per la maggior spesa conseguente all'aggiornamento del dPCM 29 novembre 2001 inerente i livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'art. 1, c. 555, L. 208/2015 la cui erogazione è condizionata all'adozione del provvedimento di aggiornamento del citato dPCM;
- 2) € **6,37** mln: **QUOTA DI RIEQUILIBRIO** tra le regioni, in coerenza con quanto richiesto dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota n. 655 dell'11 febbraio 2016, da aggiungere alla quota indistinta di cui al precedente punto 1) per il riconoscimento a ciascuna regione della quota finale, di cui alla tabella allegata alla citata nota n. 655 (prelevando tale importo dalle disponibilità previste per il finanziamento degli obiettivi di piano 2016). La quota di 6,37 mln di euro è la quota a tal fine individuata a seguito della ripartizione effettiva della quota indistinta di cui al punto 1);
- 3) € **6,68** mln: **VINCOLATO PER REGIONI E P.A.** per la medicina penitenziaria, in applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 7 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n.230, determinata al netto della somma di 0,16 mln di euro relativa alla Regione Friuli Venezia Giulia in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 1, comma 513, della Legge 147/2013, nonché al netto delle risorse pari a € 165,424 mln di euro di cui alla Legge 244/2007 alla cui ripartizione si provvederà con specifico riparto da formalizzare in separata sede;
- 4) € **427,40** mln: **VINCOLATO PER ALTRI ENTI**, di cui:

³ Di cui:

- 173,01 mln di euro per finanziamento borse di studio agli specializzandi (D.Lgs 257/91)
- 265,99 mln di euro per il finanziamento degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) (D.Lgs 270/93)
- 146,41 mln di euro per il finanziamento della Croce Rossa Italiana (CRI) (Art. 8, c. 2, d.lgs. 178/2012 e s.m.i.)
- 10,00 mln di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali bienni economici 2002-2003 e 2004-2005 del personale degli IZS, a valere sullo stanziamento complessivo (L 350/03 e L 266/05)
- 50,00 mln di euro per la formazione dei medici specialisti (art. 1, comma 424, L. 147/2013)
- 3,00 mln di euro quale quota parte del finanziamento complessivo degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli IZS per complessivi 398 milioni (L 244/07)
- 2,50 mln di euro per il pagamento delle rate di mutui contratti con la CC.DD.PP. (L 456/87)
- 2,00 mln di euro per il Centro Nazionale Trapianti (articolo 8-bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009).

€ 265,99 mln per IZS
€ 146,41 mln per CRI
€ 10,00 mln per IZS
€ 3,00 mln per IZS
€ 2,00 mln per Centro Nazionale Trapianti

CRITERI DI RIPARTO

Come noto, il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, all'articolo 26, comma 1, prevede che, a decorrere dall'anno 2013, il fabbisogno sanitario nazionale standard sia determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo, e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. In sede di determinazione sono distinte la quota destinata complessivamente alle regioni a statuto ordinario, comprensiva delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della citata legge n. 662 del 1996, e successive modificazioni, e le quote destinate ad enti diversi dalle regioni. L'articolo 27, comma 5, del citato d.lgs. 68/2011 stabilisce quindi che il calcolo del costo medio standard deve essere determinato per ciascuno dei tre livelli di assistenza, ottenuto come media ponderata dei costi delle 3 regioni benchmark, per poi essere applicato alla popolazione pesata regionale.

Detto articolo 27 affida al Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, il compito di individuare le cinque migliori regioni che abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizione di equilibrio economico, che rispettino criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza e che non siano assoggettate a piano di rientro, risultando così adempienti, come verificato dal Tavolo di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per l'anno 2016, tuttavia, in deroga a quanto sopra ricordato, l'articolo 27, comma 7-bis, del d.lgs. 68/2011, introdotto dall'articolo 6, comma 4 bis, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 25 febbraio 2016, n. 21, individua come regioni di riferimento quelle stabilite dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 17 dicembre 2015 e già utilizzate per la costruzione della proposta di riparto relativa all'anno 2015. Inoltre, per l'anno 2016 viene altresì stabilito che per la determinazione dei fabbisogni standard regionali devono essere utilizzati i costi pro-capite per livelli assistenziali delle regioni di riferimento rilevati dai modelli LA 2013, nonché i medesimi pesi per classi di età adottati in sede di predisposizione della proposta di riparto 2015.

Le 3 regioni benchmark per l'anno 2016 sono quindi nell'ordine: Marche, Umbria e Veneto.

Il finanziamento **INDISTINTO**, pari a **108.192,60** mln di euro, viene ripartito tra le regioni e le province autonome, distintamente per ciascuna delle sue componenti; esso, come in precedenza ricordato, è comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate per un importo complessivo di € 269,00 mln di euro relative al rinnovo delle convenzioni con il SSN per 69 mln di euro (art. 79 del decreto legge 112/2008 convertito nella L.133/08) ed alla emersione degli stranieri per 200 mln di euro (articolo 1-ter, comma 17, DL 78/2009, conv. legge 102/2009), nonché della quota di 50,00 mln di euro (di cui in tabella A del riparto si fornisce il dettaglio per ogni regione/provincia) per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità, in applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 1, comma 133, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, e della quota di 800 mln di euro per la maggior spese conseguente all'aggiornamento del dPCM 29 novembre 2001 inerente i livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'art. 1, c. 555, L. 208/2015.

Occorre evidenziare come, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 560, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Legge di stabilità 2015), tale importo ricomprenda i finanziamenti già previsti dalla legge 31 marzo 1980, n. 126, in materia di "Indirizzo alle regioni in materia di provvidenza in favore degli hanseniani e loro familiari", dalla legge 27 ottobre 1993, n. 433, in materia di "Rivalutazione del sussidio a favore degli hanseniani e loro familiari", dalla legge 5

giugno 1990, n. 135, in materia di “Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’AIDS”, dall’articolo 5, comma 16, del decreto legislativo 16 luglio 2012, n.109, in materia di “Attuazione della direttiva 2009/52/CE che introduce norme minime relative a sanzioni e a provvedimenti nei confronti di datori di lavoro che impiegano cittadini di Paesi terzi il cui soggiorno è irregolare”, e dall’articolo 3 della legge 14 ottobre 1999, n. 362, recante: “Disposizioni urgenti in materia sanitaria” per l’assistenza e la ricerca sulla fibrosi cistica.

Tuttavia, ai sensi del medesimo articolo 1, comma 560, della L. 190/2014, unicamente per quanto attiene il finanziamento relativo alla assistenza ed alla ricerca sulla fibrosi cistica, non trovano applicazione i criteri e le modalità previste dalla legislazione vigente in materia di costi standard, bensì i criteri di riparto già adottati in passato. Il dettaglio del riparto della quota di che trattasi è posto in una tabella allegata al presente riparto.

Ai fini del riparto del finanziamento indistinto (con l’eccezione di cui si è detto per il finanziamento della fibrosi cistica), dopo aver calcolato il costo medio pro-capite delle 3 regioni benchmark sopra indicate, rapportato alla popolazione pesata al 1.1.2015 (dato anagrafico più aggiornato disponibile al momento della elaborazione della presente proposta) calcolata utilizzando i pesi del riparto del FSN anno 2011 e anno 2015⁴ in coerenza con la normativa sopra citata, si è provveduto a moltiplicare lo stesso per la popolazione pesata di ciascuna regione e provincia autonoma, suddividendo i risultati per singoli Livelli Essenziali di Assistenza. Si è provveduto, quindi, a determinare in proporzione i singoli sub-livelli (prevenzione, medicina di base, farmaceutica, specialistica, altra territoriale e ospedaliera) secondo un’incidenza percentuale di ciascuno di essi rispetto al finanziamento indistinto complessivo, nei termini riportati nella tabella che segue:

<i>Livello di assistenza</i>	<i>Sotto livello</i>		<i>Dati disponibili da NSIS</i>	<i>Criteri di riparto</i>	
Prevenzione	5 %		No	popolazione non pesata	
Distrettuale	51 %	Medicina di base	7,00 %	No	popolazione non pesata
		Farmaceutica	11,58 % del fabbisogno indistinto	Si	Tetto imposto sul fabbisogno complessivo comprensivo delle somme vincolate
		Specialistica	13,30%	Si (Tessera sanitaria)	popolazione pesata (v. Tabella pesi)
		Territoriale	19,12 %	No	popolazione non pesata
Ospedaliera	44 %		Si (Anagrafica SDO)	50 % popolaz. non pesata; 50 % popolaz. pesata (v. Tab. pesi)	

I dati relativi alla popolazione residente al 1 gennaio 2015 sono quelli ufficiali resi disponibili dall’ISTAT il 15 giugno 2015.

Il fatto che, per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard 2015, si faccia riferimento ancora alla popolazione pesata di ciascuna regione rende la popolazione un parametro di riferimento importante ai fini della determinazione delle quote di accesso, come già rappresentato nelle proposte di riparto degli anni precedenti.

⁴ I pesi del 2011 suddivisi per fasce di età sono illustrati nei riquadri sotto riportati:

<i>Livello di assistenza</i>	meno di 1 anno	da 1 a 4 anni	da 5 a 14 anni	da 15 a 24 anni	da 25 a 44 anni	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	oltre 75 anni
Specialistica	0,389	0,221	0,279	0,390	0,650	1,156	2,177	2,074
Ospedaliera	3,122	0,366	0,226	0,363	0,528	0,930	2,079	2,906

Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica territoriale si tiene conto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni di legge (articolo 15, comma 3 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito nella legge 7 agosto 2012, n.135) che fissano il relativo tetto di spesa all'11,35 per cento (*"al netto degli importi corrisposti dal cittadino per l'acquisto di farmaci ad un prezzo diverso dal prezzo massimo di rimborso stabilito dall'AIFA in base a quanto previsto dall'articolo 11, comma 9, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122"*) del livello di finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il medesimo anno, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie (*"vincolato per altri enti"* di cui sopra cfr. nota 3). La predetta percentuale, rapportata al finanziamento complessivo *"indistinto"*, si ridetermina in 11.58%.

L'applicazione del citato articolo 27, comma 7-bis, introdotto dall'articolo 6, comma 4 bis, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 25 febbraio 2016, n. 21, che individua, come regioni di riferimento, quelle stabilite dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 17 dicembre 2015 e prevede l'utilizzo dei costi pro-capite, pesati per livelli di assistenza delle regioni di riferimento, rilevati dai modelli LA 2013, nonché i medesimi pesi per classi di età adottati in sede di predisposizione della proposta di riparto 2015, consente di rispettare anche il disposto dell'articolo 27, comma 10 del decreto legislativo 68/11, laddove si prevede che la quota percentuale assicurata alla migliore regione di riferimento non può essere inferiore alla quota percentuale già assegnata alla stessa, in sede di riparto. l'anno precedente, al netto delle variazioni di popolazione. Infatti, l'utilizzo dei costi pro-capite, pesati per livelli di assistenza delle regioni di riferimento, rilevati dai modelli LA 2013, rende la quota di accesso delle Marche (prima regione) per l'anno 2016 identica a quella determinata in sede di riparto 2015.

Per quanto riguarda il finanziamento delle risorse relative agli obiettivi di piano, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e s.m.i., la relativa ripartizione è proposta in separata sede, contestualmente al presente riparto. L'importo da assegnare, pari a **1.500,00** milioni di euro, già nettizzato dell'importo di **2,00** milioni per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti, ai sensi dell' articolo 8-bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009, viene ridotto a soli **931,91** mln di euro per effetto della nettizzazione dei seguenti importi:

- a) 6,37 mln di euro (cfr. punto 2 di pag. 2 della presente proposta);
- b) 500,00 mln di euro per i farmaci innovativi (art. 1, comma 593, L. 190/2014);
- c) 61,72 mln di euro per quote accantonate per particolari finalità.

La **Tabella A** illustra quindi la ripartizione del finanziamento indistinto dando separata evidenza delle somme assegnate alle regioni ed alle province autonome per l'assistenza e la ricerca sulla fibrosi cistica. In detta tabella è data evidenza anche delle somme che ogni regione e provincia autonoma deve destinare, ai sensi dell'articolo 1, comma 133, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità, e delle somme che ogni regione deve destinare al finanziamento, ai sensi dell'articolo 1, comma 555, della L. 28 dicembre 2015, n. 208, dell'aggiornamento del dPCM 29/11/2001 che individua i livelli essenziali di assistenza.

La colonna 4-quater accoglie il riparto della quota di 6,37 mln di euro per provvedere al riequilibrio tra le Regioni, in coerenza con quanto richiesto dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota n. 655 dell'11 febbraio 2016, somma da aggiungere alla quota indistinta.

La **Tabella B** riporta le fonti del finanziamento indistinto (inclusa la quota di riequilibrio) e finalizzato: entrate dirette, partecipazioni delle regioni a statuto speciale, stima dei gettiti

dell'addizionale regionale all'IRPEF e dell'IRAP (per la componente destinata al finanziamento del SSN) sulla base dei dati forniti dal Dipartimento delle finanze, ai fini della predisposizione del bilancio di previsione per il 2016, rettificata per tenere conto degli effetti derivanti dalle innovazioni legislative intervenute in materia fiscale (legge di stabilità per il 2016 e legislazione del 2016), e compartecipazione regionale IVA (componente destinata al finanziamento del SSN), individuando la disponibilità per cassa di ciascuna regione, senza tener conto della mobilità.

La regione Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 34, c. 3 della L 724/1994, nonché la Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 1, c. 144 della L 662/1996 e la regione Sardegna, ai sensi dell'art. 1, c. 836 della L 296/2006, provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato. Per la Regione Sicilia, ai sensi dell'art. 1, c. 830 della citata L 296/2006, è stata applicata l'aliquota di partecipazione alla spesa sanitaria nella misura del 49,11%. Ai sensi dell'articolo 1, comma 132, ultimo capoverso della legge 24 dicembre 2012, n. 228, le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, ad esclusione della Regione Siciliana, assicurano il concorso di cui al presente comma mediante le procedure previste dall'articolo 27 della legge 5 maggio 2009, n. 42, e successive modificazioni. Fino all'emanazione delle norme di attuazione di cui al citato articolo 27 della legge n. 42 del 2009, l'importo del concorso alla manovra di cui al suddetto comma è annualmente accantonato, a valere sulle quote di compartecipazione ai tributi erariali (si veda colonna 6 ter della tabella B), al fine di garantire gli effetti positivi sulla finanza pubblica.

La **Tabella C** riporta i valori di mobilità interregionale per l'anno 2016, calcolati sulla base della matrice di mobilità 2013 approvata in data 7 maggio 2015 in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, che includono in acconto gli importi connessi alla produzione dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e dell'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta. Non essendo disponibile, alla data di elaborazione della presente proposta, la matrice di mobilità relativa all'anno 2014, si è quindi provveduto a determinare gli acconti per l'anno 2016 sulla base dei dati contenuti nella matrice 2013, come peraltro richiesto dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con nota n. 1503 del 25 marzo 2016; si rinvia quindi ad una successiva proposta di riparto per il medesimo anno 2016 la regolazione dei conguagli relativi alla mobilità 2014, una volta approvato l'accordo per la compensazione per la mobilità interregionale per il medesimo anno. Inoltre, in osservanza a quanto previsto dal combinato disposto degli articoli 20 e 29, comma 1, lettera h) del decreto legislativo 118/11 in materia di armonizzazione bilanci, la tabella trasmessa dal Presidente di detta Conferenza indica separatamente le diverse posizioni debitorie e creditorie delle singole regioni con riferimento alla stima della mobilità per l'anno 2016. In particolare si riportano:

- gli acconti 2016 per la compensazione dei flussi standard della mobilità interregionale e per il finanziamento da assegnare all'Ospedale Bambino Gesù (OPBG) ed all'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM), giusta la normativa in vigore. Per l'OPBG e l'ACISMOM i valori di mobilità anno 2016 da riconoscere in acconto sono indicati nella tabella C (colonne M6 e M9). Il finanziamento complessivo spettante all'OPBG per il 2016 (non prevedendo i conguagli per le ragioni sopra esposte) è pari a **191,097** mln di euro (a cui si deve aggiungere l'acconto per l'anno 2016 del valore di mobilità riferito agli emocomponenti per **1,225** mln di euro). Oltre a tutto ciò va poi tenuto conto della somma di **50,00** mln di euro nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 22, comma 6, del decreto-legge n. 78/2009 convertito nella legge 102/2009 che stabilisce la diretta attribuzione all'OPBG del relativo finanziamento a decorrere dall'anno 2009. Il valore di mobilità da riconoscere all'ACISMOM è invece pari a **37,066** mln di euro;
- gli acconti 2016 per la plasmaderivazione, la ricerca e il reperimento delle cellule staminali (ai quali si aggiungono anche i crediti e debiti relativi alla fatturazione degli esami per l'iscrizione dei nuovi donatori d'organo) e per gli emocomponenti. Già dall'anno 2015 non sono più previsti gli acconti per i residui manicomiali e hanseniani atteso che la Commissione Salute il 29 aprile 2015 ha stabilito di procedere all'adozione del criterio degli addebiti diretti alle Aziende di residenza dei pazienti.

Si evidenzia come le colonne di mobilità sopra descritte non accolgono i dati relativi alle prestazioni effettuate dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù a favore dei minori STP. L'onere correlato a tali prestazioni per l'anno 2014, valorizzato anch'esso sulla base del dato ultimo disponibile registrato nell'anno 2013 ed ammontante ad euro 1.316.000,00, è finanziato con un apposito accantonamento a valere sulla quota vincolata agli obiettivi di piano, in coerenza con quanto unanimemente determinato in sede di Conferenza dei servizi del 23 dicembre 2014.

Nella presente proposta non viene indicato, come già avvenuto nella proposta di riparto del 2015, nessun importo della mobilità internazionale, nelle more dell'adozione del regolamento previsto ai sensi dell'articolo 1, commi 82 e 83 della legge 228/2012 (legge di stabilità 2013), la cui regolazione finanziaria decorre - a normativa vigente - dal 1° gennaio 2013, con riferimento agli anni dal 1995 al 2012. Per i suddetti anni si è provveduto, nelle proposte di riparto del 2013 e del 2014, ad imputare alle regioni/province a debito quota parte da quanto da esse dovuto, per consentire alle altre regioni/province a credito di essere integralmente rimborsate. Secondo i dati più recenti presenti nel sistema informativo del Ministero della salute non esistono, per il periodo citato, altre posizioni creditorie da saldare oltre quelle già saldate con i precedenti riparti. Nelle more dell'adozione del citato regolamento, nel presente riparto non sono stati, altresì, inseriti i saldi di mobilità internazionale di competenza degli esercizi 2013, 2014 e 2015 calcolati in acconto.

La regolazione definitiva della mobilità avverrà a seguito dell'approvazione dei relativi valori nella sede istituzionale della Conferenza Stato-Regioni. Le regioni Sardegna, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Trento, che non beneficiano di trasferimenti da parte dello Stato, sono tenute a versare all'entrata del bilancio dello Stato, sempre a titolo di acconto e salvo successivo conguaglio, l'importo negativo della mobilità sanitaria a loro carico. Resta fermo quanto disposto dall'articolo 15, comma 22 ultimi due periodi, del decreto legge 95/2012 per le regioni a statuto speciale, ad esclusione della Regione Siciliana, e delle Province autonome di Trento e Bolzano, relativamente al concorso delle regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia-Giulia e Sardegna sulla manovra prevista dal comma 22 medesimo.

La **Tabella D** illustra la ripartizione e le assegnazioni delle quote di finanziamento vincolato a titolo di medicina penitenziaria, in applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 7 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n.230, nonché per gli altri Enti Istituti zooprofilattici sperimentali, CRI, Centro nazionale Trapianti.

Nel dettaglio, per quanto riguarda il finanziamento **VINCOLATO sia per le regioni e PA sia per gli altri enti** da ripartire con la presente proposta, pari a **434,08** milioni di euro, si riportano i relativi criteri di ripartizione:

- **6,68** mln di euro per attività di medicina penitenziaria: sono utilizzati i medesimi importi del 2015 che non prevedono alcuna assegnazione alla Regione Friuli Venezia Giulia in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 1, comma 513, della Legge 147/2013;
- **265,99** mln di euro per le attività degli IZS: tale complessivo importo corrisponde al finanziamento dell'anno 2015 che deve consentire tra l'altro a tali Istituti di portare avanti l'applicazione a pieno regime del Titolo II del decreto legislativo 118/11 in materia di armonizzazione dei bilanci sanitari attraverso l'implementazione di sistemi contabili e gestionali per abbandonare definitivamente la contabilità finanziaria e passare definitivamente a quella economico-patrimoniale. L'importo sopra indicato ingloba poi il finanziamento necessario per fare fronte ai costi, nelle proporzioni fissate con Decreto Interministeriale 6 maggio 2008 (21.331.030,70 euro) connessi alla stabilizzazione del personale precario impiegato nelle attività di profilassi di cui alla legge 19 gennaio 2001, n. 3. Ciò in quanto il capitolo 5391, iscritto nello stato di previsione del Ministero della Salute, risulta essere appena sufficiente per finanziare lo svolgimento delle attività di profilassi sanitaria, individuate, in via prioritaria, dalla legge n. 3/2001.

- **10,00** mln di euro per il finanziamento degli oneri contrattuali dei bienni economici 2002-2003 e 2004-2005 del personale degli IZS, a valere sullo stanziamento complessivo: medesimi importi del 2015;
- **3,00** mln di euro quale quota parte del finanziamento complessivo degli oneri contrattuali del biennio economico 2006-2007 del personale degli IZS per complessivi € 398.000.000: medesimi importi del 2015;
- **146,41** mln di euro per le attività della CRI: in coerenza con quanto previsto dall'articolo 8, comma 2. del decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178 che prevede che il finanziamento annuale all'associazione non possa superare l'importo complessivamente attribuito all'Ente e all'Associazione ai sensi dell'articolo 2, comma 5, per l'anno 2014, come modificato dalla legge 25 febbraio 2016, n. 21 di conversione del decreto legge 30 dicembre 2015, n. 210;
- **2,00** mln di euro per il Centro Nazionale Trapianti: come l'anno 2015.

La **Tabella E** riporta il riepilogo delle erogazioni di cassa in favore delle Regioni e P.A. nonché degli altri Enti IZS, CRI e Centro Nazionale Trapianti.

In conclusione, si ribadisce che con la presente proposta di riparto si provvede ad accantonare l'importo di **277,51** mln di euro, pari allo 0,25% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2016, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67-bis, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, e di quanto stabilito, ad integrazione del citato comma 67-bis, dall'articolo 6, comma 4, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 25 febbraio 2016, n. 21; detto importo è ripartito con separato decreto tenendo conto dei contenuti dell'Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 11 febbraio 2016, nei termini trasmessi dal Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome con nota inviata in pari data n. 655.

Roma.

Il Ministro



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

IL PRESIDENTE

Prot. n. 655/C7SAN

Roma, 11 febbraio 2016

Comunicazione trasmessa solo via fax
sostituisce l'originale
ai sensi dell'art 6, comma 2, della l. 412/1991

F A X

Gentile Onorevole
Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

R O M A

Gentile Ministro,

la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella seduta odierna ha definito l'Accordo politico per la ripartizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016.

La proposta di riparto prende in considerazione le risorse del fabbisogno indistinto e prevede l'utilizzo delle risorse accantonate per le quote premiali, di cui all'art. 9, comma 2, del D.lgs n. 149/2011, nonché di una quota delle risorse degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per il riequilibrio tra le Regioni.

Si allega l'esito dell'Accordo della Conferenza ai fini della proposta di riparto per l'anno 2016 su cui esprimere l'intesa in Conferenza Stato Regioni.

Nel ringraziarLa dell'attenzione ed in attesa di un cortese riscontro invio i miei migliori saluti.

Stefano Bonaccini

All.to: c.s.

PROPOSTA Riparto FSN 2016

	COSTI STANDARD indistinta 2016 (al netto fibrosi cistica)	UTILIZZO QUOTA PREMIALE E QUOTA PARTE DEGLI OBIETTIVI DI PSN	RIPARTO FINALE 2016
	(A)		(I)
Piemonte	8.042.518.413		8.042.518.413
Valle d'Aosta	229.965.871		229.965.871
Lombardia	17.782.903.729		17.782.903.729
Bolzano	900.647.539		900.647.539
Trento	948.081.680		948.081.680
Veneto	8.769.086.159	3.660.000	8.772.746.159
Friuli	2.240.253.730		2.240.253.730
Liguria	2.955.396.605	89.396.442	3.044.793.047
Emilia-Romagna	8.028.834.802		8.028.834.802
Toscana	6.832.328.584		6.832.328.584
Umbria	1.626.034.543	9.864.898	1.635.899.441
Marche	2.802.848.943	21.437.125	2.824.286.068
Lazio	10.412.623.204		10.412.623.204
Abruzzo	2.387.804.789	8.939.209	2.396.743.998
Molise	565.530.748	6.984.280	572.515.029
Campania	10.058.513.399	141.357.536	10.199.870.935
Puglia	7.187.524.095	13.000.000	7.200.524.095
Basilicata	1.026.477.237	20.851.434	1.047.328.671
Calabria	3.472.183.589	15.742.244	3.487.925.833
Sicilia	8.904.853.100	-	8.904.853.100
Sardegna	2.966.438.750	-	2.966.438.750
TOTALE	108.140.849.509	331.233.169	108.472.082.678

TAB. V - RIPARTIMENTO (INCLUSIVA QUOTA GROSSO D'AZZARDO) QUOTA PER VIGOROSAMENTO DPK V 2011/2010) + QUOTA DI RIEQUILIBRIO (importi in euro)

ANTE MOBILITÀ INTERREGIONALE

Regioni	DISTRIETTUALE				CONFEDELIBRA				TOTALE (INSUPERO) FONDI STRUTTURALI PER REGIONI (INCLUSIVA QUOTA GROSSO D'AZZARDO) + QUOTA DI RIEQUILIBRIO (importi in euro)	Quota per lo sviluppo economico delle regioni di produzione	Quota per la promozione delle attività di controllo del territorio	Quota per il finanziamento delle attività di produzione	4 trimestre	4 trimestre + 4 quadr.
	TERRE FORMOLE (finanziarie)	SPEDIZIONE (finanziarie)	PARACALTELA (finanziarie)	SPEDIZIONE (finanziarie)	NON PRESATI (finanziarie)	PREVATI (finanziarie)	Finanziarie (non di origine di riparto allegato)	Finanziarie (non di origine di riparto allegato)						
PEMONTE	393.692.357	1.505.776.630	551.169.299	931.427.791	1.096.944.716	4.085.318.436	1.834.782.096	3.567.028.464	8.046.039.257	7.413.534	3.718.538	385.262.843	7.413.534	8.042.873.676
VALD'AOSTA	11.415.856	43.663.845	15.982.198	26.633.029	30.912.902	117.190.974	50.229.764	101.489.738	230.066.568	0,21%	106,327	-	2,127	229.965.871
LOMBARDIA	890.003.699	3.404.045.695	1.246.005.179	2.059.490.889	2.365.444.819	9.074.986.581	3.916.016.277	7.825.701.284	17.790.691.564	16,41%	8.222.403	856.258.119	16,442	17.783.759.987
BOLOGNA	46.132.169	176.444.224	64.585.037	104.306.684	115.836.042	461.171.987	202.981.544	393.737.967	901.042.123	0,83%	416,423	-	8,328	900.647.539
TRENTO	47.816.417	182.886.057	66.942.983	109.800.161	124.765.919	484.395.121	203.893.165	416.285.399	948.996.936	0,88%	438,358	-	8,767	948.496.936
VENETO	438.448.929	1.676.959.534	613.838.500	1.015.573.901	1.169.530.133	4.475.892.069	1.929.410.141	3.858.585.428	8.772.926.426	8,11%	1.035,803	-	20,716	8.773.360.998
PIEMONTE	109.123.557	417.638.555	152.870.980	259.450.387	307.914.100	1.137.874.023	480.451.653	994.166.816	2.241.234.397	2,07%	1.035,803	-	20,716	2.241.234.397
PIEMONTE	140.985.804	538.833.620	197.240.126	342.273.138	414.426.068	1.492.792.951	619.897.538	1.323.011.105	2.956.689.860	2,73%	1.366,457	-	27,329	2.956.689.860
EMILIA	395.996.685	1.514.590.123	554.395.360	929.843.102	1.083.251.312	4.082.079.896	1.742.385.416	3.554.273.510	8.032.350.091	7,42%	3.712,211	334.586.590	71,244	8.032.350.091
TOSCANA	333.913.419	1.277.136.869	467.478.787	791.272.126	932.989.182	3.468.876.964	1.469.219.045	3.032.529.170	6.835.319.554	6,32%	297,942,36	-	71,244	6.835.319.554
LAZIO	79.614.637	304.506.443	111.460.491	188.315.859	221.021.498	825.304.291	350.304.401	721.827.461	1.626.746.389	1,50%	751,813	-	25,919	1.626.746.389
MARCHE	137.985.007	524.291.091	195.179.010	324.606.220	378.229.445	1.423.773.457	607.134.030	1.242.317.621	2.804.076.085	2,59%	1.242,317	-	30,734,800	2.804.076.085
LAZIO	118.480.269	453.137.947	165.872.377	276.538.746	320.332.582	1.215.901.652	521.131.184	1.054.468.432	2.388.880.353	2,21%	1.042,025	-	22,081	2.388.880.353
MOLISE	27.881.142	106.638.523	39.033.598	65.495.788	76.368.862	287.536.771	122.677.023	250.360.442	565.778.355	0,52%	261,479	-	5,330	565.778.355
CAMPANIA	521.502.903	1.994.620.598	720.104.064	1.164.906.613	1.280.913.750	5.170.545.026	2.294.612.772	4.370.873.139	10.923.921.068	9,30%	4.650,655	395.042,61	93,013	10.923.921.068
PUGLIA	363.918.511	1.391.898.978	509.485.915	832.408.581	943.422.731	3.677.216.205	1.601.214.447	3.149.537.694	7.190.672.410	6,65%	3.333,224	314.763,04	66,464	7.190.672.410
BASILICATA	51.305.380	196.230.484	71.827.531	118.879.376	136.521.085	524.488.476	225.743.670	452.162.907	1.026.926.762	0,95%	474,602	-	9,492	1.026.926.762
CALABRIA	175.867.945	672.651.722	246.215.123	402.123.928	453.563.041	1.775.353.814	773.818.958	1.522.482.743	3.473.704.561	3,21%	1.594,157	159.143,72	31,188	3.473.704.561
SICILIA	453.085.540	1.732.826.235	634.277.756	1.051.297.606	1.158.619.233	4.557.020.831	1.905.233.222	3.898.677.597	8.908.964.564	8,23%	4.117,448	207.596,61	82,345	8.908.964.564
SARDEGNA	148.085.505	566.084.729	207.207.707	343.552.073	399.704.307	1.516.508.817	651.959.259	1.303.183.482	2.967.737.804	2,74%	1.371,563	-	27,431	2.967.737.804
TOTALE	5.487.406.821	20.687.633.329	7.573.169.550	12.524.113.867	14.389.033.395	55.175.979.141	23.807.437.258	47.602.922.273	108.188.208.225	100%	50.000,000	4.390.000,00	1.000,000	108.188.208.225

TAB. B FONTI DI FINANZIAMENTO INDISTINTO (INCLUSE QUOTE GIOCO D'AZZARDO E AGGIORN. DPCM 29/11/2001) + QUOTA DI RIEQUILIBRIO ANTE MOBILITA' INTERREG.

(Importi in euro)

Regioni	Ricavi e entrate proprie convenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle P.A. (post manovra legge stabilità 2013)	Partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle P.A. (prima legge stabilità 2013)	Somma da accantonare ai sensi dell'art. 1, comma 132, della legge 228/2012	IRAP	Adiz./onale IRPEF	Integrazione a norma del d.l.vo. 56/2000	Fondo sanitario nazionale	TOTALE INDISTINTO + GIOCO D'AZZARDO + AGGIORNAM. DPCM 29/11/2001 + QUOTA DI RIEQUILIBRIO ANTE MOBILITA'
	5	6	6 bis	6 ter = 6 bis - 6	7	8	9	10	11 = 5+6+7+8+9+10
PIEMONTE	167.095.971				1.666.422.548	774.418.000	5.434.937.157		8.042.873.676
V.DAOSTA	4.341.336	129.761.230	112.270.409	- 17.490.821	71.760.305	24.103.000			229.965.871
LOMBARDIA	344.688.926				5.189.492.233	1.902.113.000	10.347.465.828		17.783.759.987
BOLZANO	17.089.038	448.352.441	365.166.313	- 83.186.128	331.431.060	103.775.000			900.647.539
TRENTO	17.328.157	578.099.267	464.714.948	- 113.384.319	256.803.256	95.851.000			948.081.680
VENETO	187.978.900				1.979.965.592	826.301.000	5.778.934.338		8.773.179.831
FRIULI	47.484.584	1.375.619.322	1.192.628.755	- 182.990.567	596.554.824	220.595.000			2.240.253.730
LIGURIA	62.729.872				540.097.638	286.916.000	2.067.077.976		2.956.821.486
E.ROMAGNA	171.955.829				1.933.971.239	823.143.000	5.100.099.320		8.029.169.389
TOSCANA	138.369.096				1.451.609.207	626.607.000	4.616.041.223		6.832.626.526
UMBRIA	34.031.402				227.747.951	133.694.000	1.231.340.453		1.626.813.806
MARCHE	57.467.177				484.719.891	232.214.000	2.029.817.743		2.804.218.811
LAZIO	162.193.247				3.044.984.623	959.859.000	6.246.087.166		10.413.124.036
ABRUZZO	41.537.068				304.491.384	171.293.000	1.871.637.877		2.388.959.329
MOLISE	12.952.736				15.712.423	35.556.000	501.581.834		565.802.993
CAMPANIA	163.215.831				938.241.787	551.802.000	8.440.782.993		10.094.042.610
PUGLIA	113.350.898				644.345.717	426.195.000	6.012.385.392		7.196.277.007
BASILICATA	16.926.354				29.165.245	61.706.000	919.188.307		1.026.985.906
CALABRIA	47.418.994				57.574.183	180.742.000	3.188.128.840		3.473.864.018
SICILIA	128.084.893	4.373.275.308	4.236.387.892		1.221.750.877	485.574.000		2.696.375.618	8.905.060.697
SARDEGNA	45.917.138	2.180.383.309	2.005.045.842	- 175.337.467	539.439.303	200.699.000			2.966.438.750
TOTALE	1.982.157.447	9.085.490.878	8.376.214.159	- 572.389.303	21.526.281.287	9.123.156.000	63.785.506.448	2.696.375.618	108.198.967.678

TAB C - RIPARTO 2016
(importi in euro)

MOBILITA' INTERREGIONALE

FLUSSI STANDARD												
ACCONTO SALDI ANNO 2016												
Regioni	M1	M2	M3 = M1 - M2	M4	M5	M6 = M4 - M5	M7	M8	M9 = M7 - M8	M10	M11	M12 = M10 - M11
	CREDITI ANNO 2013 senza OPBG e ACISMOM	DEBITI ANNO 2013 senza OPBG e ACISMOM	SALDI ANNO 2013 senza OPBG e ACISMOM	CREDITI DEL BAMBINO GESU' ANNO 2013	DEBITI nei confronti del BAMBINO GESU' ANNO 2013	ADDEBITI "BAMBINO GESU'" ANNO 2013	CREDITI ACISMOM ANNO 2013	DEBITI nei confronti dell'ACISMOM ANNO 2013	ADDEBITI ACISMOM ANNO 2013	TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPBG e ACISMOM *	TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPBG e ACISMOM *	TOTALE ACCONTO con OPBG e ACISMOM
PIEMONTE	218.261.671	248.510.306	-30.248.634	0	333.828	-333.828	0	29.009	-29.009	218.261.671	248.873.142	-30.611.471
V D'AOSTA	11.132.672	20.455.748	-9.323.075	0	7.455	-7.455	0	2.161	-2.161	11.132.672	20.465.363	-9.332.691
LOMBARDIA	869.130.380	325.855.686	543.274.694	0	1.115.869	-1.115.869	0	346.444	-346.444	869.130.380	327.318.000	541.812.381
BOLZANO	32.389.378	24.272.080	8.117.298	0	26.794	-26.794	0	596	-596	32.389.378	24.299.471	8.089.908
TRENTO	44.980.799	62.829.808	-17.849.009	0	18.075	-18.075	0	347	-347	44.980.799	62.848.220	-17.867.431
VENETO	315.775.090	229.928.353	85.846.736	0	1.132.531	-1.132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751
FRIULI	98.962.733	71.735.170	27.227.563	0	350.967	-350.967	0	1.204	-1.204	98.962.733	72.087.340	26.875.393
LIGURIA	126.963.013	186.414.015	-59.451.002	0	248.864	-248.864	0	989.182	-989.182	126.963.013	187.652.061	-60.689.048
E ROMAGNA	565.832.336	233.300.295	332.532.041	0	1.380.056	-1.380.056	0	55.646	-55.646	565.832.336	234.735.996	331.096.340
TOSCANA	309.840.784	169.837.986	140.002.798	0	1.349.677	-1.349.677	0	90.521	-90.521	309.840.784	171.278.184	138.562.600
UMBRIA	100.019.498	84.663.545	15.355.954	0	4.431.981	-4.431.981	0	64.573	-64.573	100.019.498	89.160.098	10.859.400
MARCHE	112.629.934	139.612.390	-26.982.456	0	2.301.148	-2.301.148	0	45.070	-45.070	112.629.934	141.958.608	-29.328.674
LAZIO	291.842.453	328.524.972	-36.682.519	0	122.968.075	-122.968.075	0	30.841.766	-30.841.766	291.842.453	482.334.812	-190.492.360
ABRUZZO	99.566.674	164.374.316	-64.807.643	0	6.271.817	-6.271.817	0	76.641	-76.641	99.566.674	170.722.774	-71.156.100
MOLISE	86.927.283	56.709.999	30.217.284	0	2.266.998	-2.266.998	0	19.433	-19.433	86.927.283	58.996.430	27.930.853
CAMPANIA	117.740.712	379.788.900	-262.048.188	0	15.926.875	-15.926.875	0	3.058.137	-3.058.137	117.740.712	398.773.913	-281.033.200
PUGLIA	115.468.282	286.058.999	-170.590.717	0	11.375.176	-11.375.176	0	1.043.106	-1.043.106	115.468.282	298.477.281	-183.008.999
BASILICATA	67.297.595	95.353.519	-28.055.924	0	3.053.266	-3.053.266	0	58.798	-58.798	67.297.595	98.465.583	-31.167.988
CALABRIA	25.977.314	273.373.031	-247.395.717	0	8.349.972	-8.349.972	0	144.461	-144.461	25.977.314	281.867.464	-255.890.150
SICILIA	70.548.694	242.645.248	-172.096.554	0	5.325.201	-5.325.201	0	131.534	-131.534	70.548.694	248.101.984	-177.553.290
SARDEGNA	18.122.487	75.165.418	-57.042.931	0	2.862.405	-2.862.405	0	45.173	-45.173	18.122.487	78.072.995	-59.950.509
B GESU'	0	0	0	191.097.029	0	191.097.029	0	0	0	191.097.029	0	191.097.029
ACISMOM	0	0	0	0	0	0	37.066.255	0	37.066.255	0	0	37.066.255
TOTALE	3.699.409.783	3.699.409.783	-0	191.097.029	191.097.029	0	37.066.255	37.066.255	0	3.927.573.068	3.927.573.068	-0

TAB C - RIPARTO 2016
(importi in euro)

MOBILITA' INTERREGIONALE

TAB C - RIPARTO 2016
(importi in euro)

MOBILITA' INTERREGIONALE

TAB C - RIPARTO 2016
(importi in euro)

MOBILITA' INTERREGIONALE

RICERCA E REPERIMENTO CELLULE STAMINALI				PLASMADERIVAZIONE				EMOCOMPONENTI				TOTALE CREDITI MOBILITA'	TOTALE DEBITI MOBILITA'	TOTALE TAB. A POST MOBILITA'
ACCONTO SALDI 2016 - nuovi donatori		ACCONTO SALDI 2016		ACCONTO SALDI ANNO 2016		ACCONTO SALDI ANNO 2016		ACCONTO SALDI ANNO 2013		ACCONTO SALDI ANNO 2013				
CREDITI per fatturazione degli esami per l'iscrizione donatori d'organo	DEBITI per fatturazione degli esami per l'iscrizione donatori d'organo	SALDO per fatturazione degli esami per l'iscrizione donatori d'organo	CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	M63 = M61 - M62		
M22	M23	M24 = M22 - M23	M25	M26	M27 = M25 - M26	M49	M50	M51 = M49 - M50	M61	M62	M63 = M61 - M62			
0	303.120	-303.120	0	2.396.059	-2.396.059	0	0	0	4.047.190	1.472	4.045.718	222.308.861	251.573.793	8.013.608.744
0	8.280	-8.280	0	78.818	-78.818	0	94.778	-94.778	205.558	4.681	200.877	11.338.230	20.651.919	220.652.182
0	633.420	-633.420	0	4.440.161	-4.440.161	0	0	0	1.689.584	2.037	1.687.547	870.819.964	332.393.617	18.322.186.334
0	41.940	-41.940	0	182.643	-182.643	0	48.533	-48.533	29.406	0	29.406	32.418.784	24.572.586	908.493.737
0	41.400	-41.400	0	214.917	-214.917	0	74.096	-74.096	86.838	4.316	82.522	45.067.637	63.182.958	929.966.359
0	475.380	-475.380	0	1.939.054	-1.939.054	308.528	308.528	0	2.779.258	6.190	2.773.068	318.862.876	233.503.962	8.858.538.744
0	84.420	-84.420	0	730.065	-730.065	1.393.154	1.393.154	0	1.352.788	0	1.352.788	101.708.675	72.901.825	2.269.060.580
2.910.780	0	2.910.780	19.219.931	0	19.219.931	3.136.994	0	3.136.994	657.388	21.770	635.618	569.626.918	175.113.801	6.967.654.218
0	365.400	-365.400	0	1.401.448	-1.401.448	0	614.446	0	37.719	0	37.719	149.131.443	188.266.807	2.917.686.423
0	194.220	-194.220	0	1.235.532	-1.235.532	0	2.056.326	-2.056.326	300.709	349.539	-18.830	310.141.493	90.223.867	1.636.619.528
0	28.980	-28.980	0	87.967	-87.967	0	943.057	-943.057	10.090	3.764	6.326	100.079.588	142.560.611	2.774.348.073
0	68.400	-68.400	0	533.603	-533.603	0	0	0	59.940	0	59.940	112.689.874	142.560.611	2.774.348.073
0	82.800	-82.800	0	1.664.792	-1.664.792	0	0	0	6.580	6.028.625	-6.022.045	291.849.033	490.111.029	10.214.862.039
0	38.160	-38.160	0	231.049	-231.049	0	540.441	-540.441	1.725	187.311	-185.586	99.568.399	171.719.735	2.316.807.993
0	5.400	-5.400	0	67.859	-67.859	0	0	0	4.261	1.351	2.910	86.931.544	59.071.040	593.663.497
0	32.580	-32.580	0	699.886	-699.886	0	0	0	95.350	6.091	89.259	117.836.062	399.512.470	9.812.366.203
0	137.520	-137.520	0	1.341.223	-1.341.223	0	0	0	23.931	280	23.651	115.492.213	299.956.304	7.011.812.916
0	30.240	-30.240	0	159.104	-159.104	0	467.001	-467.001	305.708	0	305.708	67.603.303	99.121.927	995.467.282
0	60.840	-60.840	0	348.545	-348.545	0	0	0	68.654	59.724	8.930	26.045.968	282.336.573	3.217.573.412
0	86.220	-86.220	0	1.043.308	-1.043.308	0	0	0	6.556	602.933	-596.377	70.555.250	249.834.444	8.725.781.503
0	192.060	-192.060	0	423.899	-423.899	0	0	0	0	5.714.172	-5.714.172	18.122.487	84.403.127	2.900.158.110
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.226.433	1.610	1.224.823	192.323.462	1.610	192.321.852
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37.066.255	0	37.066.255
2.910.780	2.910.780	0	19.219.931	19.219.931	0	4.838.676	4.838.676	0	12.995.866	12.995.866	0	3.967.538.321	3.967.538.321	108.198.967.678

TAB D - RIPARTO VINCOLATO PER REGIONI E ALTRI ENTI
(importi in euro)

Regioni	a Regioni e P.A.		a Altri Enti				CENTRO NAZ TRIPIANTI	CRI	TOTALE VINCOLATO
	MEDICINA PENITENZIARIA		IZS						
	CONTRATTO	CONTRATTO	CONTRATTO	16 = 16a + 16b	16a	16b - Quota annua spettante ai sensi del D.L. 6/5/2008 per il personale stabilizzato degli IZS			
13	14	15	16	16a	16b	17	18	19 = da 13 a 18	
PIEMONTE	853.000	1.003.000	321.967	26.527.068	24.607.181	-	1.919.887		28.705.034,76
V D'AGOSTA	44.000	-	-	-	-	-	-		44.000,00
LOMBARDIA	820.000	2.491.000	706.389	53.851.821	51.017.648	-	2.834.173		57.869.210,37
BOLZANO	38.000	-	-	-	-	-	-		38.000,00
TRENTO	48.000	-	-	-	-	-	-		48.000,00
VENETO	363.000	1.350.000	368.270	33.016.040	30.740.325	-	2.275.714		35.097.309,65
FRIULI	-	-	-	-	-	-	-		-
LIGURIA	307.000	-	-	-	-	-	-		307.000,00
E ROMAGNA	510.000	-	-	-	-	-	-		510.000,00
TOSCANA	391.000	-	-	-	-	-	-		391.000,00
UMBRIA	111.000	787.000	205.671	19.498.702	18.163.770	-	1.334.932		20.602.372,74
MARCHE	106.000	-	-	-	-	-	-		106.000,00
LAZIO	782.000	1.103.000	345.657	27.174.739	24.853.088	-	2.321.651		29.405.396,35
ABRUZZO	212.000	875.000	234.745	20.102.764	18.005.765	-	2.097.000		21.424.509,45
MOLISE	45.000	-	-	-	-	-	-		45.000,00
CAMPANIA	507.000	428.000	110.912	22.245.388	19.867.282	-	2.378.106		23.291.299,34
PUGLIA	551.000	529.000	157.215	19.995.484	18.003.638	-	1.991.847		21.232.698,93
BASILICATA	53.000	-	-	-	-	-	-		53.000,00
CALABRIA	190.000	-	-	-	-	-	-		190.000,00
SICILIA	434.000	721.000	272.434	22.236.637	19.758.599	-	2.478.038		23.664.070,98
SARDEGNA	315.000	713.000	276.741	21.344.356	19.644.673	-	1.699.684		22.649.097,15
TOTALE	6.680.000	10.000.000	3.000.000	265.993.000	244.661.969	21.331.031	146.412.742	2.000.000	434.085.742

TAB E - EROGAZIONI DI CASSA
(importi in euro)

Regioni	CASSA DA STATO	
	a Regioni e P.A.	a Altri Enti
	20 = 11 BIS + 13 - 5 - 6	21 = 14 + 15 + 16 + 17 (CRI) + 18 (centro nazionale trapianti) + B Gesù + SMOM
PIEMONTE	7.847.365.773	27.852.035
V D'AOSTA	86.593.616	-
LOMBARDIA	17.978.317.408	57.049.210
BOLZANO	443.090.258	-
TRENTO	334.586.935	-
VENETO	8.670.922.844	34.734.310
FRIULI	845.956.674	-
LIGURIA	2.855.263.551	-
E ROMAGNA	8.190.825.863	-
TOSCANA	6.829.676.122	-
UMBRIA	1.602.699.126	20.491.373
MARCHE	2.716.986.896	-
LAZIO	10.053.450.792	28.623.396
ABRUZZO	2.275.482.925	21.212.509
MOLISE	580.755.761	-
CAMPANIA	9.649.657.372	22.784.299
PUGLIA	6.899.013.018	20.681.699
BASILICATA	978.593.928	-
CALABRIA	3.170.344.418	-
SICILIA	4.224.855.301	23.230.071
SARDEGNA	674.172.663	22.334.097
B GESU'		192.321.852
ACISMOM		37.066.255
TOTALE	96.908.611.245	656.793.849

QUADRO DI SINTESI FABBISOGNO FINANZIARIO SANITARIO PER IL SSN - ANNO 2016

(importi in euro)

FABBISOGNO COMPLESSIVO

111.002.000.000 FABB COMPLESSIVO 2016
2.000.000 Revisione tariffe prestazioni terminali L. 208/15 art. 1, c. 566-567

111.002.000.000 Fabbisogno 2016

lo stanziamento iniziale comprende:

1.119.000.000 FINALIZZATO
69.000.000 Rimasto convenzioni L. 133/08
200.000.000 Emersione extracomunitari L. 102/09
800.000.000 Aggiornamento DPCM 29/11/2001 L. 208/15 art. 1, c. 553
50.000.000 Gioco d'azzardo L. 190/14, art. 1, c. 133

1.878.981.023 VINCOLATO per REGIONI e P.A.

6.680.000 Medicina Penitenziaria Divo 230/99
30.990.000 Extracomunitari irregolari L. 40/98
30.152.000 Fondo esclusività L. 488/99
38.735.000 Borse studio mg L. 109/88
40.000.000 Veterinaria L. 218/88
1.500.000.000 Progetti di psn L. 662/96
55.000.000 OPG L. 92/012
165.424.023 Medicina Penitenziaria rideterminato dopo legge stabilità 2014 L. 244/07
10.000.000 Screening neonatale L. 147/2013
2.000.000 Revisione tariffe prestazioni terminali L. 208/15 art. 1, c. 566-567

652.915.742 VINCOLATO per ALTRI ENTI (non rendicontato dalle aziende sanitarie)

10.000.000 Izs Contratto L. 330/03
3.000.000 Izs Contratto L. 244/07
265.995.000 Izs Funzionamento D Lvo 270/93
146.412.742 Cri D Lgs. 178/12, art. 8, c. 2
2.000.000 Centro nazionale trapianti L. 166/09
2.500.000 Mutui pre-riforma L. 456/87
173.010.000 Borse studio specializzandi D Lvo 257/91
50.000.000 Formazione dei medici specialisti L. 147/2013

277.505.000 acc.to decreto leg.vo sanzioni
277.505.000

FABBISOGNO PER CMCLOTTETTO FARMACEUTICA (art. 5 Legge 23 novembre 2007, n. 222)

111.002.000.000 FABB COMPLESSIVO 2016
-652.915.742 VINCOLATO per ALTRI ENTI (non rendicontato dalle aziende sanitarie)

110.349.084.258

FABBISOGNO DA RIPARTIRE OVA LA PRESENTE PROPOSTA

INDISTINTO
111.002.000.000 FABBISOGNO COMPLESSIVO 2016

-1.878.981.023 VINCOLATO per REGIONI e P.A. (compresi 165.424.023 ml per Medicina Penitenziaria)
-652.915.742 VINCOLATO per ALTRI ENTI
-277.505.000 ACCANTONAMENTO

108.192.598.235 (incluso Gioco d'Azzardo a Aggiornamento DPCM 29/11/2001)

INDISTINTO (tab A)

108.192.598.235

6.369.443 Quota di riequilibrio

INDISTINTO (incluso gioco d'azzardo) + quota di riequilibrio (tab A, B, C)

108.198.967.678

VINCOLATO

6.680.000 Medicina Penitenziaria
10.000.000 Izs Contratto
3.000.000 Izs Contratto
265.995.000 Izs Funzionamento
146.412.742 Cri
2.000.000 Centro nazionale trapianti
434.085.742 (tab D)

IND + VIN C = TOT RIPARTITO = TOT CASSA (tab E)

108.633.053.420

VINCOLATO da ripartire e con seguente ripartizione:

2.000.000 Revisione tariffe prestazioni
165.424.023 Medicina Penitenziaria
10.000.000 screening neonatale
30.990.000 Extracomunitari irregolari
30.152.000 Fondo esclusività
38.735.000 Borse studio mg
40.000.000 Veterinaria
1.493.630.557 Progetti di psn
2.500.000 Mutui pre-riforma
173.010.000 Borse studio specializzandi
50.000.000 Formazione dei medici specialisti
55.000.000 OPG

2.091.441.580

FABB COMPLESSIVO 2016
110.724.495.000

ACCANTONATO

277.505.000 acc.to decreto leg.vo sanzioni

INCREMENTO % FABB 2016/2015

109.715.000.000 FABB COMPLESSIVO 2015
111.002.000.000 FABB COMPLESSIVO 2016

106.932.275.735 FABB INDISTINTO 2015
108.192.598.235 FABB INDISTINTO 2016

1,17%

1,18%

FSN 2016 - Ripartizione della quota vincolata per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica (L. 362/99)

importi in unità di euro

REGIONE	FINANZIAMENTO 2016										TOTALE FSN 2016 13 = 6 + 12	
	QUOTA PER ASSISTENZA 2016 pari a € 3.100.000					QUOTA PER RICERCA 2016 pari a € 1.290.000						TOTALE RICERCA DA RIPARTIRE
	N° PAZIENTI (dati 2010)	POPOLAZIONE RESIDENTE (1 gennaio 2015)	QUOTA PER PAZIENTI	QUOTA PER POPOLAZIONE RESIDENTE	TOTALE ASSISTENZA LORDO	COMPARTICIPAZIONE SICILIA	RIPARTO COMPARTEC IPAZIONE	TOTALE ASSISTENZA DA RIPARTIRE	QUOTA PER PAZIENTI	QUOTA PER POPOLAZIONE RESIDENTE		
1	2	3 = 1 + 2	4	5	6 = 3 + (5 - 4)	7	8	9 = 7 + 8	10	11	12 = 9 + (11 - 10)	
PIEMONTE	339	4.424.467	117.946,13	120.906,32	238.852,45	12.016,52	49.080,81	50.312,63	99.393,44	5.000,42	104.393,86	355.262,83
LOMBARDIA	869	10.002.615	302.345,68	273.338,99	575.684,67	28.962,35	125.814,81	113.744,29	239.559,10	12.052,07	251.611,18	856.258,19
VENETO	451	4.927.596	156.913,58	134.655,20	291.568,78	14.668,65	65.296,30	56.033,94	121.330,23	6.104,05	127.434,28	433.671,71
LIGURIA	130	1.583.263	45.230,08	43.265,44	88.495,52	4.452,16	18.821,55	18.004,00	36.825,55	1.852,67	38.678,22	131.625,90
EMILIA ROMAGNA	297	4.450.508	103.333,33	121.617,93	224.951,27	11.317,16	43.000,00	50.608,75	93.608,75	4.709,40	98.318,15	334.586,58
TOSCANA	281	3.732.654	97.766,55	102.547,85	200.314,40	10.077,70	40.683,50	42.673,14	83.356,64	4.193,62	87.550,26	297.942,36
UMBRIA	60	894.762	20.875,42	24.450,94	45.326,36	2.280,34	47.606,70	10.174,75	18.861,61	948,92	19.810,53	67.417,23
MARCHE	154	1.550.796	53.580,25	42.378,22	95.958,47	4.827,61	22.296,30	17.634,81	39.931,10	2.008,91	41.940,01	142.726,09
LAZIO	505	5.892.425	175.701,46	161.020,84	336.722,30	16.940,29	355.662,60	67.005,45	140.119,93	7.049,35	147.169,27	500.831,87
ABRUZZO	106	1.331.574	36.879,91	36.387,59	73.267,50	3.686,04	76.953,55	15.346,80	30.488,74	1.533,87	32.022,61	108.976,15
MOLISE	23	313.348	8.002,24	8.562,78	16.565,03	833,38	17.398,40	3.329,97	6.893,19	346,79	7.239,98	24.638,39
CAMPANIA	303	5.861.529	105.420,88	160.176,56	265.597,43	13.362,05	278.959,48	66.654,12	110.522,80	5.560,34	116.083,14	395.042,61
PUGLIA	287	4.090.105	99.854,10	111.769,29	211.623,39	10.646,64	41.552,19	46.510,45	88.062,63	4.430,38	92.493,01	314.763,04
BASILICATA	69	576.619	24.006,73	15.757,13	39.763,86	2.000,50	41.764,35	9.989,90	16.546,90	832,46	17.379,36	59.143,72
CALABRIA	153	1.976.631	53.232,32	54.014,91	107.247,23	5.395,54	112.642,77	22.151,52	44.628,69	2.245,24	46.873,93	159.516,70
SICILIA	428	5.092.080	148.911,34	139.150,01	288.061,35	141.466,93	146.594,42	61.966,33	57.904,36	58.868,50	61.002,19	207.596,61
TOTALE	4.455	56.720.972	1.550.000,00	1.550.000,00	3.100.000,00	141.466,93	3.100.000,00	645.000,00	1.290.000,00	58.868,50	1.290.000,00	4.390.000,00

Per effetto delle ritenute di legge pari al 49,11 %, effettuate operando sulle somme ripartite, la quota finanziata dalla regione Sicilia ammonta a 200.335,42 euro.

COMPARTICIPAZIONE SICILIA

200.335,42

stanziato	euro	
	curio	curio
4.390.000	3.100.000	1.550.000,00
	1.290.000	645.000,00
		645.000,00



Ministero della Salute

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149, in materia di meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, che prevede che all'articolo 2 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, sia aggiunto il comma 67-bis formulato come segue: *“Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 30 novembre 2011, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, applicabili a decorrere dall'anno 2012, per le regioni che istituiscano una Centrale regionale per gli acquisti e l'aggiudicazione di procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi per un volume annuo non inferiore ad un importo determinato con il medesimo decreto e per quelle che introducano misure idonee a garantire, in materia di equilibrio di bilancio, la piena applicazione per gli erogatori pubblici di quanto previsto dall'articolo 4, commi 8 e 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nel rispetto del principio della remunerazione a prestazione. L'accertamento delle condizioni per l'accesso regionale alle predette forme premiali è effettuato nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005”*;

VISTO l'articolo 15, comma 23, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito in legge con modificazioni dall'articolo 1, comma 1, Legge 7 agosto 2012, n. 35, che fissa, in corrispondenza dello 0,25 per cento delle risorse ordinarie previste per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, l'entità della quota premiale introdotta dall'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149;

VISTO l'articolo 1, comma 234 della Legge 27 dicembre 2013, n. 147 con il quale si aggiungono i seguenti periodi al comma 67-bis dell'articolo 2 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 sopra citato: *«Per gli anni 2012 e 2013, in via transitoria, nelle more dell'adozione del decreto di cui al primo periodo, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce il*

riparto della quota premiale di cui al presente comma, tenendo anche conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. Limitatamente all'anno 2013, la percentuale indicata all'articolo 15, comma 23, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è pari allo 0,30 per cento».

VISTO, inoltre, l'articolo 42, comma 14-ter, del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 133, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 novembre 2014, n. 164, che, ad integrazione di quanto disposto dall'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prevede: *“Per l'anno 2014, in via transitoria, nelle more dell'adozione del decreto di cui al primo periodo, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stabilisce il riparto della quota premiale di cui al presente comma, tenendo anche conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. Limitatamente all'anno 2014, la percentuale indicata al citato articolo 15, comma 23, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012, è pari all'1,75 per cento”;*

VISTO, infine, l'articolo 6, comma 4, del decreto legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito con modificazioni dalla legge 25 febbraio 2016, n. 21, che prevede, anche per gli anni 2015 e 2016, che il riparto della quota premiale di cui all'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, avvenga anche tenendo conto di criteri di riequilibrio indicati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome;

VISTA la proposta di riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale dell'anno 2016, approvata in Conferenza Stato-Regioni in data (Rep. Atti N. .../CSR) con la quale, in applicazione di quanto disposto dalla normativa sopra richiamata, si è provveduto ad accantonare la somma complessiva di 277.505.000,00 euro per le finalità di cui alla normativa sopra richiamata, corrispondente allo 0,25% delle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento complessivo del SSN a cui concorre lo Stato per l'anno 2016;

CONSIDERATO che il previsto decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 30 novembre 2011, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, destinato a stabilire i criteri per l'assegnazione di forme premiali a valere sulle risorse ordinarie previste dalla vigente legislazione per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, non risulta al momento ancora emanato;

TENUTO CONTO, della proposta di ripartizione della quota di che trattasi formulata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota n. 655 dell'11 febbraio 2016;

RITENUTO di dover provvedere, pertanto, sulla base di quanto sopra specificato, alla ripartizione della quota premiale accantonata relativa all'anno 2016 pari a 277.505.000,00 euro;

ACQUISITA l'intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni sul presente testo in data (Rep. Atti N. .../CSR);

Decreta

Art. 1

In applicazione di quanto previsto dall'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, come successivamente integrato e modificato, si provvede alla ripartizione fra le regioni e le province autonome delle quote premiali relative all'anno 2016 per complessivi 277.505.000,00 euro, come dettagliate nella Tabella A che fa parte integrante del presente decreto, sulla base delle motivazioni richiamate in premessa.

Il presente decreto viene inviato, per la registrazione, alla Corte dei conti e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma,

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Il Sole 24 ORE

Salini

Tabella A

Regioni	IMPORTO
PIEMONTE	-
VALLE D'AOSTA	-
LOMBARDIA	-
P. A. BOLZANO	-
P. A. TRENTO	-
VENETO	-
FRIULI V. G.	-
LIGURIA	88.103.187
E. ROMAGNA	-
TOSCANA	-
UMBRIA	9.153.052
MARCHE	20.209.983
LAZIO	-
ABRUZZO	7.893.645
MOLISE	6.736.674
CAMPANIA	106.223.367
PUGLIA	4.561.851
BASILICATA	20.401.909
CALABRIA	14.221.332
SICILIA	-
SARDEGNA	-
TOTALE	277.505.000



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.IV DGPROGS

Proposta di deliberazione per il CIPE

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2016: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

L'articolo 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2008 n.133, con decorrenza dall'anno 2009, ha introdotto un nuovo criterio di assegnazione delle risorse alle regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

Difatti, al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, della citata legge 662/96, la norma modificata prevede che all'atto dell'adozione della delibera di ripartizione da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente, il Comitato medesimo, su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provveda a ripartire tra le regioni le quote vincolate di che trattasi.

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2016, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporre sulla scorta delle linee guida da approvarsi con apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

L'erogazione delle somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto nella misura del 70 per cento di cui al presente riparto, è subordinata alla stipula del predetto Accordo Stato-Regioni, in applicazione dell'articolo 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito nella legge 6 agosto 2008 n.133. In sede di stipula dell'Accordo Stato-Regioni sulle predette linee guida si provvederà a quantificare un'apposita quota dello stanziamento finalizzata all'applicazione della disposizione di cui all'articolo 22, comma 2, secondo periodo del decreto-legge 1° luglio 2009, n.78 convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n.102 in materia di programmi dedicati alle cure palliative.

Resta fermo che all'erogazione del restante 30 per cento si provvederà, nei confronti delle singole regioni, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Salute, degli specifici progetti presentati dalle regioni medesime, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporterà, per la regione interessata, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

Sul FSN 2016 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.500,00 mln** di euro al netto dell'importo di **2 milioni** di euro per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti, ai sensi dell' articolo 8- bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **931,915 mln** di euro, a valere sui complessivi 1.500,00 mln di euro, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria subordinatamente alla conclusione dell'accordo sugli indirizzi progettuali per lo stesso anno parimenti da sottoporsi all'esame della Conferenza Stato-Regioni

Della residua somma di 532.685 mln di euro, sono destinati:

- **6,369 mln** di euro al riequilibrio tra le Regioni inserito nella tabella A del riparto della quota indistinta del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'anno 2016, in coerenza con quanto richiesto dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota n. 655 dell'11 febbraio 2016;
- **500,000 mln** di euro per la istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'art. 1, c. 593, della Legge n. 190/2014;
- **1,316 mln** di euro per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2014, somma determinata sulla base del dato relativo all'anno 2013 attesa l'assenza della valorizzazione dei dati di mobilità interregionale conseguenti alla mancanza dell'accordo per la compensazione per la mobilità interregionale per il medesimo anno. L'imputazione dell'importo esatto avverrà con una successiva proposta di riparto per il medesimo anno 2016;
- **25,000 mln** di euro quale contributo di solidarietà interregionale in favore della Regione Molise per il Piano di risanamento del servizio sanitario regionale – Piano operativo straordinario, come deciso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 17 dicembre 2015 e come comunicato in pari data con nota n. 5762 dal Presidente della Conferenza (si veda allegato 1). L'erogazione di detto contributo in favore della regione Molise è subordinato alla sottoscrizione dello specifico Accordo in Conferenza Stato Regioni di cui all'articolo 1, comma 604, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di **35,400 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per la sperimentazione gestionale finalizzato alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
- b) **€ 10 milioni** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle regioni nel campo della salute umana, di cui 0,500 milioni per l'attività di formazione dei valutatori nazionali del sistema trasfusionale italiano svolta dal Centro nazionale sangue; in relazione a tale attività è previsto il preventivo parere da parte della Conferenza Stato – Regioni, come dalla stessa richiesto in sede di intesa sulla proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015;
- c) **€ 10 milioni** per il finanziamento delle misure straordinarie di profilassi e di prevenzione per prevenire la diffusione del meningococco C in Toscana;
- d) **€ 5 milioni** quale quota da accantonare per un progetto interregionale da approvarsi successivamente dalla Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, in materia di elaborazione di linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida;
- e) **€ 0,400 milioni** destinati, come richiesto dal coordinatore della Commissione Salute, con nota n. 883579 del 22 dicembre 2015, al finanziamento del Programma triennale del Mattone Internazionale Salute, il cui coordinamento è affidato alla Regione cui è affidato il coordinamento della Commissione Salute. L'erogazione della citata somma avverrà, in analogia con quanto stabilito per le somme normalmente destinate al finanziamento di progetti regionali, nella misura del 70% a titolo di acconto. L'erogazione del restante 30% avverrà a

seguito dell'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, della relazione sull'attività svolta, su proposta del Ministro della Salute. La descritta modalità di erogazione è determinata in coerenza con quanto già previsto nella proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015.

Si allega alla presente proposta l'unita tabella, nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **931,915 mln** di euro, evidenziando le quote rispettivamente pari al 70 e al 30 per cento da erogarsi in base a quanto sopra specificato.

A norma della vigente legislazione vengono escluse dalla ripartizione le regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le province autonome di Trento e di Bolzano, mentre per la Regione Siciliana sono state operate le vigenti riduzioni.

Si allega la tabella di riparto.

Il Ministro della Salute

Il Sole **24 ORE**

Salute



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

IL PRESIDENTE

Prot. n. 5762/C7SAN

Roma, 17 dicembre 2015

On. Beatrice Lorenzin
Ministro della Salute

SEDE

Caro Ministro,

con riferimento alla ripartizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2015, Le comunico che in data odierna la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha concordato di riconoscere alla Regione Molise un contributo di solidarietà interregionale per il Piano di risanamento del servizio sanitario regionale – Piano operativo straordinario 2015-2018 - pari a 30 milioni di euro per l'anno 2015, 25 milioni di euro per l'anno 2016 e 18 milioni di euro per l'anno 2017.

Tali risorse dovranno essere accantonate a valere sui riparti delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per ciascun anno.

Con i miei migliori saluti.

Sergio Chiamparino

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2016

- 1.500.000.000 Importo iniziale
- 10.000.000 Finanziamento vaccinazioni antimeningococco in Toscana
- 10.000.000 malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Poverà (INMIP)
- 10.000.000 supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità (di cui 500.000 euro per la formazione dei valutatori condotta dal Centro nazionale sangue)
- 5.000.000 progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida
- 1.316.000 finanziamento prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP anno 2014
- 500.000.000 quota per farmaci innovativi a valore sui FSN (art. 1, c. 593 della L. 190/2014)
- 6.369.443 destinato ad alimentare la quota di frequentazione presente in Tabella A del riparto
- 25.000.000 contributo di solidarietà alla Regione Molise (nota Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome n. 5762 del 17/12/2015)
- 400.000 finanziamento del Programma riemannale Mattone Internazionale Salute - secondo anno - (nota n. PG/2015/683579 del 22/12/2015)
- 931.914.557** Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01/01/2015	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.424.467	4.424.467	72.693.134	-	3.520.998	76.214.131	53.349.892	22.864.239
VAL D'AOSTA	128.298	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	164.341.022	-	7.960.096	172.301.119	120.610.783	51.690.336
BOLZANO	518.518	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	537.416	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	80.959.446	-	3.921.389	84.880.834	59.416.584	25.464.250
FRULI	1.227.122	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	26.012.704	-	1.259.963	27.272.667	19.090.867	8.181.800
EMILIA R.	4.450.508	4.450.508	73.120.982	-	3.541.721	76.662.703	53.663.892	22.998.811
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	61.655.377	-	2.986.368	64.641.744	45.249.221	19.392.523
UMBRIA	894.762	894.762	14.700.766	-	712.053	15.412.819	10.788.973	4.623.846
MARCHE	1.550.796	1.550.796	25.479.277	-	1.234.126	26.713.403	18.699.382	8.014.021
LAZIO	5.892.425	5.892.425	96.811.399	-	4.689.201	101.500.600	71.050.420	30.450.180
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	21.877.502	-	1.059.669	22.937.171	16.056.020	6.881.151
MOLISE	313.348	313.348	5.148.247	-	249.363	5.397.610	3.778.327	1.619.283
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	96.303.783	-	4.664.614	100.968.397	70.677.878	30.290.519
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	67.199.631	-	3.254.912	70.454.543	49.318.180	21.136.363
BASILICATA	576.619	576.619	9.473.738	-	458.874	9.932.613	6.952.829	2.979.784
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	32.475.664	-	1.573.006	34.048.670	23.834.069	10.214.601
SICILIA (*)	5.092.080	5.092.080	83.661.886	41.086.352	-	42.575.534	29.802.874	12.772.660
SARDEGNA	1.663.286	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.795.612	56.720.972	931.914.557	41.086.352	931.914.557	652.340.190	279.574.367	

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile.

Oggetto: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016.

Rep. Atti n. _____

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

Nella odierna seduta del _____

VISTO l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281;

VISTO l'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale tra l'altro, prevede che il Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con questa Conferenza, possa vincolare quote del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano sanitario nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34 *bis*, di specifici progetti;

VISTO il comma 34 *bis* dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dall'art. 79, comma 1-*quater* del decreto legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-*bis*, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n.64, il quale prevede l'elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al citato comma 34, sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate tramite accordo da questa Conferenza ed individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione;

VISTA la legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore";

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012 n. 189 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul

documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" (Rep. n. 44/CU del 5 maggio 2011);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2015 sancita da questa Conferenza il 23 Dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR del 23.12.2015);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, sancito da questa Conferenza nella seduta del 23 Dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR del 23.12.2015), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013" (Rep. 21/CSR del 10 febbraio 2011);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - Anni 2014-2016"; (Rep. Atti n. 144/CSR del 30 ottobre 2014);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014) (di seguito Patto della Salute) che all'art. 1 co. 5 recita: "*Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano possono utilizzare la quota complessiva annua spettante a valere sul riparto della quota vincolata degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte dal Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate a tali aree di attività. Le Regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea*".

VISTO l'articolo 17, comma 1, della suddetta Intesa concernente il nuovo Patto per la salute 2014 -2016 che conferma, per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 dello stesso Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

VISTO il comma 2 del citato articolo 17 del Patto della Salute che recita:” *Con il presente Patto le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori*”;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il “Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018” (Rep. Atti n. 156/CSR del 13 novembre 2014);

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il” Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione” (Rep. Atti n. 56/CSR del 25 marzo 2015);

VISTO il Decreto Ministeriale del 25 gennaio 2016 che ha approvato il “Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al piano nazionale della prevenzione 2014-2018”;

VISTA l'Intesa, sancita in questa Conferenza in data _____, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2016 (Rep. Atti n. _____/CSR);

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei seguenti termini:

PREMESSO CHE :

- occorre fare riferimento al Piano Sanitario Nazionale (PSN) relativo al triennio 2006-2008, approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006;
- il PSN 2006-2008 nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto. Rep. 2271/2005), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità e le disomogeneità territoriali, impegna Stato e Regioni nell'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, al fine di garantire uniformità dell'assistenza. Tali strategie possono declinarsi, tramite l'adozione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- il Patto per la salute, per gli anni 2014-2016, sottolinea esplicitamente la necessità di una rivisitazione a tutti i livelli dell'intero sistema della salute, sia sotto il profilo organizzativo che sotto quello gestionale, con il chiaro obiettivo di aumentarne l'efficienza e l'efficacia, al fine di assicurare la soddisfazione del bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e l'appropriatezza delle stesse, riguardo alle specifiche esigenze, in modo da creare ulteriori spazi economici da utilizzare per i necessari investimenti;

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. fermo restando che, per l'anno 2016, debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2015, anche al fine di assicurare la prosecuzione dei progetti finanziati con le risorse del medesimo anno;
2. per l'anno 2016, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge

23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati **A** e **B** del presente Accordo, di cui ne costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:

1. linea progettuale ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA;
 2. linea progettuale SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI;
 3. linea progettuale CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA.
 4. linea progettuale PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE;
 5. linea progettuale GESTIONE DELLA CRONICITA' Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza;
 6. linea progettuale RETI ONCOLOGICHE;
3. a seguito della stipula dell'Intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2016, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del _____ (Rep. Atti n. _____), in applicazione dell'articolo 1, comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-*bis*, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n.64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse;
4. al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento, le Regioni dovranno presentare con Delibera di Giunta regionale o atto equivalente, al Ministero della salute, entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, specifici progetti, esclusivamente nell'ambito degli indirizzi individuati nel presente Accordo;
5. nella delibera o atto equivalente dovrà essere necessariamente contenuta, anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, relativamente all'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali nonché, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità (allegato A parte

Il Accordo rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012), una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni in caso di progetti pluriennali;

6. per ciascuna linea progettuale indicata dal presente Accordo per l'anno 2016, le Regioni potranno presentare un **unico progetto, esclusivamente in conformità alle linee progettuali individuate per l'anno 2016, di cui all'allegato A del presente accordo**. Tale progetto dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
 - a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - b) i tempi entro i quali si ritiene di raggiungere tali obiettivi ed i costi connessi;
 - c) gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti;
7. Le Regioni sono tenute:
 - a) a presentare un progetto per ciascuna linea progettuale con risorse destinate;
 - b) a presentare almeno un progetto per le linee progettuali con risorse non vincolate, ferma restando la facoltà di poter presentare, o meno, un progetto per ciascuna linea con risorse non vincolate;
8. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 della citata intesa del 23 marzo 2005 ;
9. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4., ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

**Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.
Anno 2016**

1. Linea progettuale:

ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il sistema di welfare italiano si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità, legati in gran parte, da un lato alla crisi economica e alla riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali, e dall'altro alle profonde trasformazioni demografiche e sociali, caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione, dai mutamenti della struttura delle famiglie nonché dalla dinamica migratoria che, seppure attenuata dalla crisi continua a risultare, come avviene da oltre un ventennio, positiva. In tale scenario per sviluppare un servizio sanitario sostenibile, diviene necessario aggiornare e potenziare il modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario in modo da renderlo più vicino alle persone e ai nuovi bisogni di salute che esse esprimono. In particolare, in quest'ultimo decennio le scelte di politica sanitaria sono state orientate alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali attraverso l'individuazione di modelli organizzativi basati sull'integrazione professionale e la partecipazione di pazienti e famiglie che ha visto da un lato il cambiamento del ruolo dell'ospedale, divenuto sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute e dall'altro il potenziamento del sistema delle Cure Primarie che rappresenta l'interfaccia tra la popolazione e il SSN. In tale processo di profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale, il Medico di Medicina Generale (MMG) ed il Pediatra di Libera Scelta (PLS) rivestono un ruolo centrale e attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio consentono lo sviluppo di forme assistenziali in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Ciò consente, inoltre, la messa a punto di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e i cittadini che divengono pertanto soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, favorendo il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute e alla responsabilizzazione delle persone nel proprio percorso di cura.

La recente normativa (d. l. 158/12 convertito con modificazioni dalla legge 189/2012 – c.d. decreto Balduzzi) ha rappresentato, a tale proposito, un ulteriore balzo in avanti prevedendo di accelerare il percorso di attivazione di forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) e multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP) nell'ottica di una più stretta complementarietà con le strutture ospedaliere, con i distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali. Ciò al fine di garantire la presa in carico globale della persona all'interno di

percorsi diagnostico-assistenziali predefiniti e su indicatori di processo che consentano la valutazione dei relativi esiti.

Un ulteriore impulso in tal senso è stato altresì fornito anche dal recente Patto per la Salute (Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), il cui obiettivo è rendere il sistema sanitario sostenibile di fronte alle nuove sfide tra le quali l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata.

Aree prioritarie di intervento

Quanto sopra premesso ed in continuità con le indicazioni dell'allegato A – parte I dell'Accordo 20 febbraio 2014 (Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2013), riproposte integralmente per gli anni successivi, anche per il 2016 le Regioni hanno facoltà di elaborare e presentare un progetto avente ad oggetto lo svolgimento di interventi finalizzati all'attuazione dell'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016 nei seguenti ambiti:

a) attivazione/implementazione di forme organizzative monoprofessionali denominate **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)** e multiprofessionali denominate **Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)** quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (c. 2, art. 1, legge n.189/2012) per l'erogazione delle Cure Primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello tipo coerente con i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

Gli obiettivi fondamentali delle UCCP e delle AFT sono:

- Assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto);
- Garantire la continuità delle cure mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- Garantire la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana (H 24), avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina Generale;
- Garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) con particolare riferimento alla gestione integrata della cronicità, sia attraverso l'integrazione assistenziale tra le componenti della medicina convenzionata (MMG, PLS, MSA), che attraverso l'integrazione informativa tra questa e la rete distrettuale ed ospedaliera, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni: relazionale, gestionale ed informativa;

b) favorire, con specifici atti di indirizzo la medicina di iniziativa, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché all'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità;

c) favorire le iniziative di continuità ospedale-territorio anche attraverso l'individuazione di strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera (Ospedali di Comunità/presidi territoriali) al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo una omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale.

Il Sole **24 ORE**

Salvia

2. Linea progettuale:

SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Premessa

Umanizzazione significa recuperare la centralità dell'individuo nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, non è una variabile dipendente dalla maggiore o minore sensibilità degli operatori, ma diviene un indicatore concreto e preciso della loro stessa professionalità e delle finalità stesse dei servizi.

Il processo di umanizzazione è un processo che coinvolge tutti, pazienti e operatori, nella tensione a riconoscere ad ognuno il diritto alla propria dignità intrinseca e alla promozione dei valori della persona.

I pazienti coinvolti nei propri piani di cura e assistenza, in un rapporto fortemente empatico e comunicativo con gli operatori sanitari collaborano più efficacemente determinando una ricaduta positiva sugli esiti di cura.

Lo sviluppo dei processi di umanizzazione deve rappresentare la missione comune, in particolar modo, per tutti coloro che ai diversi livelli programmano, pianificano, organizzano e gestiscono l'assistenza a pazienti in determinate condizioni di fragilità, quali i pazienti oncologici e i pazienti pediatrici, anche assistiti domiciliariamente, anche per dare attuazione all'Intesa Stato-Regioni del 2012, sulla revisione dell'accreditamento.

Obiettivi e strategie

- Promozione di iniziative formative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai *care giver*, per fornire i necessari elementi di conoscenza allo scopo di implementare il livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie, anche con particolare riferimento alla gestione delle aspettative di salute e alla comunicazione di prognosi infausta.
- Promuovere i cambiamenti organizzativi orientati alla minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali e relazionali, attraverso lo sviluppo di specifiche attività progettuali basate sull'umanizzazione delle modalità di assistenza e sull'incremento dei livelli di attenzione agli aspetti relazionali, con particolare riferimento alle condizioni di ricovero in area critica.
- Ricognizione delle esperienze regionali già attive in tema di umanizzazione delle cure, al fine di porre in luce le esperienze più virtuose ed individuare le aree prioritarie di intervento nelle regioni meno rappresentative.

Aree prioritarie di intervento

Individuare dei criteri regionali omogenei e condivisi per un'azione di monitoraggio della qualità percepita ed indicare a livello regionale un set minimo di obiettivi informativi e formativi rivolti agli operatori ed ai *care giver*.

Predisporre un programma regionale annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di almeno una attività progettuale in tema di formazione del personale ed una attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente nelle seguenti aree assistenziali:

- Area critica
- Pediatria
- Comunicazione
- Oncologia
- Assistenza domiciliare

Il Sole **24 ORE**

Sanita

3. Linea progettuale:

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA.

Premessa

L'intesa sottoscritta il 25 luglio 2012 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancisce che la Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. La funzione di coordinamento viene affidata a una Struttura specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'Articolo 5, Comma 2, Legge 38/2010. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16/12/2010. In particolare le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Tale livello viene erogato dalle Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Gli interventi di base garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale. Gli interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale. Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, farmacologico e diagnostico a favore di persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un "Piano di

cure personalizzato". Le Cure Domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazioni agli esiti della valutazione multidimensionale. Ai fini della definizione di percorsi assistenziali è necessario distinguere le Cure Palliative Domiciliari di base dalle Cure Palliative Domiciliari specialistiche e, nell'ambito di queste ultime, i percorsi assistenziali rivolti ai malati oncologici ed ai malati non oncologici.

Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le Cure Palliative ai propri ospiti anche avvalendosi della Unità di Cure Palliative Domiciliari territorialmente competente, con le modalità indicate alla voce "Assistenza Domiciliare." Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare palliativa nell'ambito pediatrico il pediatra di famiglia/MMG è il responsabile clinico del caso, durante la gestione domiciliare dei minori in carico per le Cure Palliative Pediatriche.

In base al programma assistenziale integrato (PAI), vengono attivate le risorse già presenti nella rete, necessarie per la presa in carico, ivi compresi le unità/servizi di base e specialistici (Unità di Cure Palliative Domiciliari ed altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari).

Aree prioritarie di intervento

Al fine di realizzare omogeneamente su tutto il territorio nazionale quanto previsto dall'Intesa del 25 luglio 2012 relativamente all'assistenza domiciliare palliativa, si ritengono di particolare rilievo i seguenti aspetti:

- garantire uniformità della presa in carico del paziente con bisogni di cure palliative;
- perseguire l'individuazione precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative;
- ampliare l'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici;
- assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica;
- assicurare al paziente, soprattutto in età pediatrica, una adeguata assistenza domiciliare;
- potenziare l'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico la continuità assistenziale tra hospice e domicilio e tra ospedale e domicilio.

Alla luce di quanto sopra, le Regioni sono invitate a presentare, coerentemente con il livello di organizzazione raggiunto da ciascuna in merito, un progetto diretto allo sviluppo dei seguenti aspetti, nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliativa rivolta al paziente adulto e al paziente pediatrico:

1. definizione di percorsi e procedure omogenei sul territorio per la individuazione precoce, la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata del paziente (adulto e pediatrico) oncologico e non oncologico con bisogni di cure palliative;
2. definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa;

3. definizione di un piano di formazione e di aggiornamento rivolto ai MMG, ai PLS e al personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliative di base e specialistica;
4. definizione di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti;
5. definizione di percorsi per la continuità e l'integrazione assistenziale del paziente con bisogno di cure palliative nei diversi setting assistenziali (hospice, domicilio, ospedale)

Per la realizzazione di questa linea progettuale è presente un vincolo di 100 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B).

4. Linea progettuale:

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

L'Intesa Stato - Regioni del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni.

L'articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori.

Obiettivo prioritario: “ Piano nazionale della prevenzione”

Premessa

Sulla base di quanto indicato all'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Rep. Atti n. 156/CSR del 13 novembre 2014 sulla proposta del Ministero della salute concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018, con l'Accordo Rep Atti 56/CSR del 25 marzo 2015 è stato approvato il “ Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 - Documento di valutazione”, di seguito indicato “Documento”, che al punto 5 indica regole e tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione per ciascun anno di vigenza del Piano.

Aree prioritarie di intervento

Relativamente all'anno di valutazione 2016, al punto 5.2 del predetto Documento si prevede che le Regioni facciano pervenire, entro il primo trimestre dell'anno successivo a quello di valutazione, adeguata e documentata rendicontazione relativa all'annualità precedente e inerente lo stato di avanzamento dei Piani regionali di prevenzione (PRP), sulla base del piano di monitoraggio e valutazione di cui al punto 3.5.2. Lo stesso documento, al punto 5.3, prevede che, verificata la suddetta rendicontazione, la valutazione avrà esito positivo se almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi contenuti nei PRP, presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%.

Pertanto, ai fini dell'attuazione di quanto previsto dal presente accordo sulle linee progettuali attuative degli obiettivi di Piano sanitario Nazionale, e tenuto conto di quanto stabilito dall'art 17 del Patto per la salute 2014-16, il processo valutativo tiene conto di quanto previsto nel sopra citato Documento.

- **Obiettivo prioritario: “supporto al Piano nazionale della prevenzione”**

Il Piano nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 si inserisce in un processo già consolidato di definizione degli aspetti operativi connessi alla funzione di “supporto” al Piano medesimo, sia dal punto di vista del livello centrale di governo, sia da quello delle Regioni. Elementi alla base di questa funzione di supporto sono:

- la riflessione sistematica sul modello di governance più appropriato, sulla base dell’assetto istituzionale conseguente alla riforma del Titolo V della Costituzione, per il conseguimento degli obiettivi di salute a favore della popolazione italiana;
- le indicazioni, ampiamente riprese dal PNP 2014 -18 (così come anche dai precedenti) a svolgere questa azione di supporto relativamente:
 - al mettere a fianco delle Regioni le migliori competenze scientifiche, unitamente a competenze di progettazione e supporto alla programmazione;
 - al promuovere l’approfondimento e la diffusione della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP), con lo sforzo di attingere dalle conoscenze di evidence based prevention per un concreto utilizzo nei piani operativi regionali;
 - alla definizione, diffusione e promozione dell’utilizzo di dati epidemiologici organizzati (in particolare mediante il coordinamento Registri Tumori);
 - alla valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (per esempio negli screening) come strumento per la riprogrammazione.

In tale quadro, è stata identificata la necessità, cui è conseguita una ormai ampia esperienza operativa, di promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le Regioni e il Ministero. I network di centri regionali ormai consolidati come elementi essenziali della governance (secondo il modello, adottato dall’Italia, della stewardship) individuati dal citato articolo 17 del Patto per la salute sono:

- Osservatorio Nazionale Screening (ONS)
- Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)
- Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)

Gli obiettivi generali della linea progettuale consistono nel supportare l’attuazione del PNP mediante il sostegno al funzionamento dei tre network. Il rafforzamento operativo dei network va quindi inteso come fattore determinante del supporto al PNP, per le tematiche di rispettiva competenza.

Osservatorio Nazionale Screening (ONS): organizzazione e funzioni

Il network è composto dai coordinamenti screening di ogni Regione ma le funzioni nazionali si basano su centri esperti che sono: la Regione Toscana (ISPO), Piemonte (CPO), Veneto (IOL), Emilia Romagna (Assessorato), Lombardia (Assessorato). La struttura di coordinamento centrale è presso l’ISPO della Regione Toscana.

I compiti e le funzioni dell’ Osservatorio - sono:

- a) supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale;

- b) attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale;
- c) attività di site-visits (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale);
- d) promozione della ricerca in ambito di screening;
- e) sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati.

Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

Il NIEBP ha lo scopo di mettere a punto metodologie e strumenti di intervento finalizzati a introdurre all'interno dei servizi e della comunità degli operatori di Sanità Pubblica una cultura e una pratica basata sulle prove di efficacia. La struttura di coordinamento centrale è presso l'ARS della Regione Toscana.

In particolare, sono identificati i seguenti compiti:

- a) sviluppare metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica;
- b) sviluppare strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc ecc) per fornire a policy-maker e operatori le prove di efficacia e di impatto relative agli interventi e programmi di prevenzione.

Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)

L'AIRTUM è nata con l'intento di coordinare le attività dei Registri tumori già presenti in Italia. Essa supporta l'attuazione della pianificazione nazionale e regionale; inoltre svolge un'attività di raccordo metodologico tra i vari registri, sostiene direttamente la ricerca e la produzione editoriale. E' collegata alle corrispondenti associazioni in altri paesi a livello europeo e mondiale.

Attualmente fanno parte del network 40 Registri Tumori (che hanno superato il processo di accreditamento tecnico-professionale all'eccellenza) appartenenti a 16 Regioni. L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) della Regione Toscana assicura il supporto amministrativo al funzionamento dell'AIRTUM, assumendone il coordinamento organizzativo.

Sulla base delle strategie di sviluppo e potenziamento messe in atto sono stati identificati i seguenti compiti:

- a) Costituire una Banca Dati nazionale per calcolare i principali indicatori di frequenza dei tumori in Italia con l'apporto delle informazioni raccolte dai registri tumori accreditati.
- b) Valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento).
- c) Incentivare, promuovere e sostenere studi e ricerche.
- d) Svolgere attività editoriali e di diffusione di pubblicazioni periodiche e librerie a carattere culturale, basate sull'uso della Banca dati nazionale.
- e) Organizzare: corsi rivolti soprattutto alla formazione del personale dei Registri tumori; la raccolta di fondi e materiale per promuovere e sostenere studi e ricerche; seminari e convegni.

Arce prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, alle Regioni è richiesta la presentazione di progetti dettagliati nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzati ad adottare iniziative di collaborazione con Osservatorio nazionale screening, AIRTUM, con NIEPB per svolgere le seguenti attività, modulate secondo i bisogni della singola Regione :

1. con Osservatorio nazionale screening:
 - programmazione regionale;
 - monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale per il miglioramento della qualità dei programmi di screening;
 - attività di formazione;
 - verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale;
 - promozione della ricerca applicata in ambito di screening;
 - migliorare la qualità dell'informazione, della comunicazione e rendicontazione dei risultati;
2. con AIRTUM:
 - f) raccolta e conferimento alla Banca Dati nazionale dei dati regionali, al fine di calcolare i principali indicatori epidemiologici e di impatto;
 - g) valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento);
 - h) attività di formazione;
 - i) implementazione di Registri Tumori dove non ancora operanti e programmati dalla Regione.
3. con NIEPB:
 - supporto alla redazione dei Piani Regionali di prevenzione;
 - eventuali integrazioni di ricerca delle evidenze per specifiche esigenze regionali.

Per la realizzazione di questa linea progettuale è presente un vincolo di 240 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B).

Nell'ambito del vincolo di 240 milioni di euro, le Regioni dovranno destinare il 5 per mille delle risorse vincolate assegnate per la realizzazione di uno specifico progetto ai fini dello svolgimento delle attività dell'obiettivo prioritario "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione".

5. Linea progettuale:

GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

Premessa

Nel corso degli ultimi anni si è consolidata, anche in Italia, la consapevolezza che, per affrontare la cronicità e quindi contrastare la storia naturale della malattia, è necessario lo sviluppo di nuove modalità assistenziali basate sull'integrazione dei professionisti e dei servizi nella definizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e centrati sui bisogni della persona. Per la loro concreta individuazione si può fare riferimento a diversi modelli teorici: Disease Management, Chronic care model (CCM), Clinical Governance, modalità organizzative del lavoro in rete che cercano di superare l'impropria contrapposizione tra due componenti di uno stesso sistema unitario (ospedale - territorio) individuando degli strumenti utili per favorire al massimo le loro potenzialità.

L'obiettivo è, dunque, quello di organizzare una rete che, tenendo conto delle realtà locali, integri i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti e gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza (infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, ...) nella condivisione di scelte terapeutiche basate sulla EBM (obiettivi di salute, prestazioni, terapia, ecc.) e nella promozione dell'empowerment del paziente per ottenere una maggiore adesione ai piani di cura.

In questo modello a rete diventa importante il contributo del volontariato, che deve operare in partnership con i vari attori fornendo contributi significativi nei percorsi di corretta informazione, supporto e accompagnamento ai pazienti.

Da ciò, l'esigenza di sviluppare formule organizzative dell'assistenza basate sul concreto affermarsi di una gestione integrata che, in un sistema con risorse limitate, deve necessariamente prevedere l'individuazione dei nodi critici del percorso assistenziale e l'attuazione di interventi orientati a superare tali criticità.

Il Disease Management (DM) permette di contestualizzare gli interventi, di individuare i target di pazienti e gli snodi critici della storia naturale di malattia.

Tiene conto dei limiti e/o delle potenzialità del sistema a livello locale e indirizza il percorso assistenziale, attraverso l'interazione fra i vari attori coinvolti, su obiettivi comuni, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità, utilizzando una progettualità concordata che superi la frammentarietà degli interventi.

Il Chronic Care Model (CCM) ha una visione più ampia del DM. Infatti il CCM pone, in un unico quadro d'insieme, tutti quei fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario (gli assetti organizzativi, il supporto ai processi decisionali, il sistema informativo) integrati con le risorse della comunità.

Esso ha come obiettivo una gestione territoriale sempre più proattiva, con lo spostamento progressivo del livello di produzione ospedaliero verso formule di gestione ambulatoriale o di day service. Il modello, inoltre enfatizza il contributo che gli aderenti alle Associazioni di malati possono fornire, se adeguatamente formati, in particolare nella costruzione della relazione di aiuto e nel rafforzamento del messaggio educativo, sia a livello di popolazione che del singolo paziente, a supporto del personale sanitario nel percorso di cura.

Il CCM è basato sul principio che, nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici, è importante agire su sei fondamentali elementi:

1. le risorse della comunità, intesa come partecipazione del volontariato e della famiglia;
2. le organizzazioni sanitarie finalizzate alla gestione integrata con l'adozione di percorsi assistenziali;
3. il supporto all'autocura della persona attraverso l'educazione terapeutica;
4. l'organizzazione del team multidisciplinare e multiprofessionale
5. l'utilizzo di buone pratiche assistenziali basate sulla migliore evidenza scientifica disponibile;
6. l'utilizzo di sistemi informativi;
7. la centralità del paziente.

I nuovi modelli assistenziali per la gestione delle malattie croniche prevedono l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia, un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito indispensabili a innescare il miglioramento della qualità, e gli indicatori di risultato, intermedio e finale, necessari a valutarne l'efficacia e l'efficienza.

I Percorsi diagnostico assistenziali integrati e personalizzati, devono essere armonici con il grado evolutivo della patologia, con il grado di complessità assistenziale e con i bisogni del paziente, senza una delega schematica ad una o all'altra figura professionale, ma con una interazione dinamica dei vari attori assistenziali.

Pertanto partendo da un'ideale stadiazione dei pazienti in rapporto al grado di complessità della malattia nel singolo individuo e ai suoi specifici fabbisogni, i casi più complessi dovranno essere indirizzati verso programmi di cura che contemplino un follow up specialistico più intensivo, e quelli meno complessi verso una gestione prevalente, da parte del MMG/PLS.

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo dell'ICT per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure. In particolare, nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività, anche ai fini della gestione della cronicità.

I principi della gestione integrata sono stati implementati soprattutto tramite specifici progetti regionali ed aziendali di presa in carico integrata delle malattie croniche a più alta prevalenza ed a più alto impegno assistenziale, ma esistono ancora ampie aree del Paese in cui i nuovi modelli assistenziali non sono ancora sufficientemente sviluppati.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare un progetto dettagliato nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzati a:

- garantire la continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS e specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto, finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero;
- garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali;
- creare una rete tra le strutture specialistiche valorizzando le diverse e specifiche competenze;
- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con cronicità, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;
- gestire l'ingresso di ogni persona con patologia cronica nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti con un impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia, con l'utilizzo di indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non destinato alla gestione della persona con cronicità;
- costruire banche dati, in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza;
- educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.
- identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie;
- sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico;
- individuare modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio dell'efficacia dell'empowerment del paziente;
- adottare procedure che favoriscano l'adesione alle prescrizioni mediche, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie);
- sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medicale, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme).

Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza

Premessa

La presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari negli anni recenti, proprio in virtù delle peculiari caratteristiche bio-psico-sociali di tali soggetti.

Le persone non autosufficienti sono coloro che hanno subito la perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, alla quale consegue l'incapacità di svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana a meno che non siano aiutate da altri. Con il termine di "fragilità" si definisce una condizione di salute instabile e precaria, anche per la presenza di pluripatologie, che può rapidamente deteriorarsi a causa di eventi stressanti, fisici o psicologici e trasformarsi in non-autosufficienza.

Per rispondere alla complessità dei loro bisogni, il servizio sanitario si è organizzato per offrire un'assistenza incentrata sempre più su un accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, sulla valutazione delle specifiche esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona e sulla individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente, anche tenendo conto delle condizioni socio-ambientali di provenienza.

Centrale, a tale proposito, è il momento della valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona.

E' l'equipe multidisciplinare del distretto che, avvalendosi di strumenti standardizzati e generalmente omogenei sul territorio regionale, valuta le problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, al fine di verificare ed eventualmente strutturare il piano individuale di assistenza (PAI) sociosanitario integrato.

Il PAI definisce gli obiettivi ed i risultati attesi nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona non autosufficiente e individua il livello di complessità, la durata dell'intervento, le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, nonché gli operatori che seguiranno il paziente. Il Piano individuale di assistenza tiene conto non solo della gravità delle condizioni del paziente ma anche della situazione socio-ambientali e nella quale egli vive, inclusa la presenza di relazioni familiari e di caregiver di riferimento, elementi questi che concorrono alla scelta di una assistenza di tipo domiciliare o residenziale.

L'equipe che segue la persona non autosufficiente provvede ad erogare le prestazioni previste dal piano individuale e periodicamente, sulla base delle indicazioni del progetto terapeutico o al verificarsi di nuove condizioni che lo richiedano, effettua una nuova valutazione con l'obiettivo di ridefinire il piano individualizzato ed eventualmente apportare delle modifiche.

L'offerta di assistenza sociosanitaria per le persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza privilegia la possibilità di trattamenti effettuati presso il domicilio della persona o, solo laddove l'assistenza a domicilio non sia possibile per le condizioni cliniche della persona ovvero per la sua situazione familiare o ambientale, presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale. In entrambi i casi le cure devono essere coerenti con gli effettivi bisogni assistenziali dei pazienti in termini di intensità, complessità e durata.

L'introduzione della Telemedicina come modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori, riducendo i

rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare un progetto dettagliato nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzati a:

- garantire la continuità assistenziale della persona fragile o non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali
- favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, particolarmente indicati nella definizione dei bisogni di assistenza sanitaria e bisogni assistenziali delle persone fragili e non autosufficienti;
- favorire il coinvolgimento del medico di medicina generale nel percorso di cura;
- potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi, anche attraverso l'utilizzo di modalità innovative quali la teleconsulenza, il teleconsulto e la teleassistenza;
- garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali, incluse le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), extraospedaliere, nonché incrementare l'offerta di posti letto laddove risulta tuttora carente e in linea con gli impegni assunti per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- verificare la corrispondenza, sotto il profilo dell'intensità assistenziale, tra i bisogni riabilitativi delle persone inserite in strutture territoriali e la tipologia di trattamento di cui usufruiscono;
- effettuare, attraverso metodologie riproducibili, rilevazioni dei costi dell'assistenza residenziale in strutture per persone non autosufficienti, articolate per livelli di intensità, utili alla determinazione di tariffe di riferimento;
- implementare attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, cura e gestione della non autosufficienza e della fragilità nei suoi aspetti clinico-assistenziali.

6. Linea progettuale:

PATTO PER LA SALUTE - RETI ONCOLOGICHE

Premessa

L'intesa Stato-Regioni del 30/10/14 concernente il "Documento di indirizzo per ridurre il burden del cancro" ha prorogato al 31 dicembre 2016 la validità dell'Intesa Stato Regioni datata 10 febbraio 2011 - riguardante l'approvazione del Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013 - ha confermato il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero nella lotta contro il cancro e, con la finalità di dare seguito alle indicazioni dell'intesa del 2011, ha anche approvato il documento "Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali".

Obiettivo prioritario: "costituzione di reti oncologiche regionali"

La esigenza di tale 'guida per la costituzione delle reti' è stata sancita con l'Intesa Stato-Regioni stipulata il 10/2/2011- il cosiddetto "Piano oncologico nazionale". Questa Intesa prevedeva, all'art 2, che, al fine di consentire a Regioni e Provincie Autonome di utilizzare al meglio le indicazioni programmatiche del citato Documento Tecnico, Ministero e Regioni si impegnavano a redigere un documento di linee-guida per lo sviluppo delle reti oncologiche, con contenuti sia tecnico-scientifici che organizzativi, basati sull'analisi delle evidenze e delle buone pratiche. Le esigenze di una specifica focalizzazione sulle reti oncologiche è motivata dal fatto che l'Oncologia si configura come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali. Infatti, in buona parte, è "primaria" di tipo territoriale (educazione sanitaria, prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), in parte è specialistica di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed in parte contiene un'area importante di ricerca.

La 'Guida' approvata con l'Intesa del 30/10/2014, nell'attuare il predetto mandato, ha inteso assumere un'ottica allargata, rispettosa dell'autonomia organizzativa delle varie Regioni al fine di identificare gli elementi costitutivi (obiettivi e criteri di attuazione) di una rete costo-efficace comuni a qualsivoglia modello organizzativo venga ritenuto dalle Regioni più idoneo al proprio contesto. Inoltre, le indicazioni contenute nella Guida di obiettivi e criteri per la creazione di reti, che siano anche differenziate nel merito dei modelli organizzativi deliberati dalle singole Regioni, intendono favorire un approccio coerente a livello nazionale.

La Guida prevede, poi, espressamente che articolazioni specifiche siano opportune per alcuni casi definiti, in particolare per la costituzione di una rete dei tumori rari. A questo ultimo riguardo, occorre anche considerare che il gruppo di lavoro costituito con decreto

del Ministro pro tempore del 14.02.13, ha concluso i propri lavori proponendo una Linea progettuale per l'attuazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale dedicata alla implementazione di una Rete Nazionale dei Tumori Rari. Tale proposta va ricondotta all'interno di ulteriori sviluppi istituzionali: infatti, in data 3/12/2015 si è tenuto un dibattito parlamentare per la discussione di 5 Mozioni (n° 1-01075; 1-01063; 1-01079; 1-01073;1-01074) con l'approvazione di "Impegni per il governo" concernenti la realizzazione di una rete nazionale dei tumori rari.

Il Sole
24 ORE

Salvia

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ALLEGATO B

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2016

931.914.557 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2016 (al 01.01.2015)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
PIEMONTE	4.424.467	4.424.467	72.693.134	76.214.131	8.178.232	19.627.756
VAL D'AOSTA	128.298		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	164.341.022	172.301.119	18.488.940	44.373.455
BOLZANO	518.518		-	-	-	-
TRENTO	537.416		-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	80.959.446	84.880.834	9.108.221	21.859.730
FRIULI	1.227.122		-	-	-	-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	26.012.704	27.272.667	2.926.520	7.023.648
EMILIA R.	4.450.508	4.450.508	73.120.982	76.662.703	8.226.366	19.743.279
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	61.655.377	64.641.744	6.936.445	16.647.469
UMBRIA	894.762	894.762	14.700.766	15.412.819	1.653.888	3.969.330
MARCHE	1.550.796	1.550.796	25.479.277	26.713.403	2.866.508	6.879.619
LAZIO	5.892.425	5.892.425	96.811.399	101.500.600	10.891.621	26.139.890
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	21.877.502	22.937.171	2.461.295	5.907.109
MOLISE	313.348	313.348	5.148.247	5.397.610	579.196	1.390.070
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	96.303.783	100.968.397	10.834.512	26.002.830
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	67.199.631	70.454.543	7.560.193	18.144.464
BASILICATA	576.619	576.619	9.473.738	9.932.613	1.065.829	2.557.989
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	32.475.664	34.048.670	3.653.626	8.768.702
SICILIA (*)	5.092.080	5.092.080	83.661.886	42.575.534	4.568.609	10.964.662
SARDEGNA	1.663.286		-	-		
TOTALE	60.795.612	56.720.972	931.914.557	931.914.557	100.000.000	240.000.000

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile. Ne consegue che la quota parte complessiva finanziata dalla Regione Siciliana ammonta a 41.086.352 euro mentre la quota a carico dello Stato ammonta a 42.575.534 euro.