

Oggetto: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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 2012.

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

VISTO l'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 recante "Definizione e ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle Regioni, delle Province e dei Comuni, con la Conferenza Stato – città ed autonomie locali";

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 (di seguito CIPE), su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con questa Conferenza, possa vincolare quote del Fondo sanitario nazionale (di seguito FSN) alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano sanitario nazionale (di seguito PSN), da assegnare alle Regioni per la predisposizione ai sensi del successivo comma 34 *bis*, di specifici progetti;

VISTO il comma 34 *bis* 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, 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 e approvate tramite accordo da questa Conferenza e 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";

VISTA l'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 29 aprile 2010 (Rep. Atti n. 63/CSR) concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010 – 2012;

VISTO l'accordo sancito da questa Conferenza nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n.76/CSR) con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2010;

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta del 16 dicembre 2010 (Rep. Atti 137/CU) sul documento concernente "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo";

VISTO l'accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 20 aprile 2011 (Rep. Atti 84/CSR) con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011;

VISTO l'articolo 1, comma 7 dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR) avente ad oggetto il "Nuovo Patto per la salute 2010 – 2012", secondo il quale "le risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996 n. 662, non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza";

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del citato decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell'articolo 2, lettera b, del citato decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nei seguenti termini:

PREMESSO CHE :

- occorre fare riferimento all'ultimo PSN, vale a dire quello 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), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (di seguito SSN);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità territoriali, impegna Stato e Regioni all'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, strategie che possano declinarsi, tramite l'adozione di linee di indirizzo concordate, in programmi attuativi specifici per la promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini;

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. debba essere garantita per l'anno 2012, pur nell'ambito di una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno 2011 (accordo 20 aprile 2011), l'opportunità di sperimentare, da parte delle Regioni, un approccio integrato a temi meritevoli di approfondimento ulteriore con prioritario riferimento alle disuguaglianze sociali in sanità con la correlata attenzione agli effetti della deprivazione sulla salute e sull'accesso ai servizi sanitari;
2. per l'anno 2012, 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 all'allegato A (Parte I -II) al presente accordo;

3. a seguito della stipula del presente accordo e dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2012, 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, 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, entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, al Ministero della salute specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati nel presente accordo, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente;
5. ciascun progetto, inoltre, dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
 - a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - c) i costi connessi;
 - d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
6. 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 e, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità, verrà redatto un rapporto sugli interventi proposti e, successivamente, una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni;
7. la mancata presentazione o approvazione dei progetti comportano, 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.

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 2012

PARTE I

Prosecuzione e integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi 8 luglio 2010 (Rep.76 /CSR) e 20 aprile 2011 (Rep. 84/CSR)

In questa sezione si indicano le linee progettuali individuate negli accordi dell'8 luglio 2010 e 20 aprile 2011 riconfermate e/o integrate con ulteriori indirizzi ed i relativi vincoli sulle risorse.

1. **Attività di assistenza primaria:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni e il vincolo del 25% delle risorse totali da applicarsi alle Cure Primarie di cui all'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
2. **Non autosufficienza:** per l'anno 2012 si confermano le indicazioni e il vincolo di **240 milioni di euro** (Allegato B – tab.1) previsti dagli accordi, di cui:
 - a) **20 milioni di euro** da destinarsi ai progetti in materia di Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti;
 - b) **20 milioni di euro** da destinarsi ai progetti in materia di Assistenza ai pazienti affetti da Demenza
Promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità: si confermano per l'anno 2012 le indicazioni relative contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010, confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 e si introduce un vincolo di **20 milioni di euro** imputati alla quota vincolata per la Non autosufficienza, da destinare a progetti che assicurino la presa in carico dei pazienti in Stato Vegetativo (Allegato B – tab.1)
3. **Le cure palliative e la terapia del dolore:** si confermano per l'anno 2012, in attuazione della legge 9 marzo 2010, le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 e il vincolo di una quota di **100 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab.1);
4. **Interventi in materia di Biobanche di materiale umano:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 e il vincolo di una quota di **15 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab.1);

5. **La sanità penitenziaria:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
6. **L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
7. **Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita:** le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 sono integrate dagli indirizzi di seguito enunciati nonché dai contenuti dell'accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Supporto alle gravidanze in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza

I dati statistici forniti dal sistema di sorveglianza sulla interruzione volontaria di gravidanza potrebbero rassicurarci sul fatto che la situazione italiana è "migliore" di quella di altri Paesi ma ciò non toglie che si possa fare ancora di più, ad esempio rivolgendo particolare attenzione al problema rappresentato dalle donne immigrate che non solo ricorrono all'IVG con una frequenza decisamente superiore alle italiane ma tendono anche a ripetere l'interruzione volontaria di gravidanza più frequentemente.

Grazie all'esperienza sviluppata in particolare dai Consultori Familiari vi è la possibilità di affrontare con ancora maggiore convinzione l'impegno di rendere le donne e le coppie più libere di vivere una sessualità serena, non obbligata alla procreazione, ma nemmeno slegata, per definizione, dal desiderio e dal piacere della generazione.

Intervenire in una sfera tanto delicata e soggettiva come è quella procreativa, soprattutto nelle situazioni di "maggiore vulnerabilità" (immigrati, giovani, chiunque a basso reddito) significa pensare a interventi integrati a vari livelli, culturale, organizzativo, sanitario e sociale, prevedendo un più forte e sereno rapporto tra istituzioni e mondo del volontariato e del privato sociale in un clima di rispettoso riconoscimento dei diversi ruoli.

Si tratta di affinare e sperimentare strumenti di *counselling* in grado di coniugare il rispetto per la libertà degli individui e l'individuazione di opportunità/soluzioni utili a superare eventuali ostacoli al proseguimento della gravidanza.

Le azioni più rilevanti da mettere in atto riguardano l'organizzazione e la messa in rete dei servizi, la formazione del personale nonché un sistema di valutazione dei risultati da adattare alle differenti realtà regionali.

Una particolare attenzione deve essere prestata alla formazione all'intercultura degli operatori sanitari.

Al fine di sostenere le scelte riproduttive e quindi la procreazione cosciente e responsabile si rende necessario promuovere:

- l'offerta attiva di *counselling* puntando sulla consapevolezza delle donne e sull'erogazione di prestazioni socio sanitarie integrate;
- la riorganizzazione dei servizi attraverso la rimozione delle barriere d'accesso organizzative, burocratico-amministrative e culturali anche attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi.

Azioni utili allo scopo sono rappresentate da:

- aumentare le conoscenze delle misure a sostegno della maternità e contro l'abbandono dei neonati promuovendo anche diffusa e capillare informazione anche per la popolazione immigrata;
- migliorare l'organizzazione interna ai servizi, in particolare nei Consultori Familiari, orientata alle esigenze della sua potenziale utenza, anche attraverso una maggiore flessibilità degli orari di apertura e l'implementazione di "spazi consultoriali materno-infantili" e di "spazi giovani" dotati di personale opportunamente preparato e con il supporto di un mediatore linguistico-culturale per la popolazione straniera;
- promuovere il lavoro di gruppo multidisciplinare e la messa in rete dei Consultori familiari con gli altri servizi pubblici e del terzo settore, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria;
- promuovere l'offerta attiva di *counselling* sui metodi utili alla procreazione cosciente e responsabile in particolare tra le/gli adolescenti e le donne immigrate;
- promuovere interventi di prevenzione ed educazione sanitaria, attivamente offerti nei punti di aggregazione, a fasce di popolazione particolarmente fragili (nomadi, rifugiati, prostitute) anche al di fuori dei normali presidi sanitari.

Attori di queste azioni: Regioni, ASL, Servizi territoriali (in particolare, i Consultori familiari), servizi ospedalieri, Enti Locali, Scuole, Terzo settore; operatori sanitari, sociali e del terzo settore.

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 aventi per oggetto la risoluzione di una o più delle criticità segnalate sia nel settore dell'assistenza materno-infantile che in quello pediatrico, dando così continuità a quanto già in essere con i progetti sviluppati negli anni precedenti e a quanto contenuto nell'Accordo del 16 dicembre 2010 sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", anche utilizzando, nella progettazione, i Comitati Percorso Nascita regionali ove costituiti (punto 10 dell'accordo) ed eventualmente ove le Regioni lo ritenessero utile, con il coordinamento ed il supporto del Comitato Percorso Nascita nazionale (punto 10 dell'accordo).

Sarebbero da valorizzare quei programmi miranti a:

- favorire la presa in carico, l'appropriatezza e la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita e l'allattamento al seno anche attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti *hub & spoke* dedicate al tema materno-infantile;
- razionalizzare/ridurre i punti nascita, assicurando il rispetto degli standard organizzativi, strutturali e tecnologici e le funzioni ad essi collegate.

Nello sviluppo di questo progetto riveste notevole importanza l'abbinamento per pari complessività di attività delle U.U.OO. Ostetriche con quelle neonatologiche/pediatriche;

- razionalizzare/ridurre i reparti pediatrici e migliorare gli indici di appropriatezza nei ricoveri ordinari ed in quelli diurni.

Le Regioni, ove desiderato, possono trovare valido supporto nei prodotti di progetti finanziati dal Ministero della salute-CCM conclusisi (ad esempio per la **prevenzione periconcezionale**: quanto realizzato dall'ICBD – Alessandra Lisi *International Centre on Birth Defects and Prematurity*, nonché dal *Network* italiano promozione acido folico. Per approfondimenti: www.pensiamociprima.net; www.iss.it/acid/; possono essere messi a disposizione prodotti per la formazione degli operatori, per il *counselling*, pieghevoli, locandine, spot utilizzabili dietro richiesta) o in via di conclusione (a fine 2012 si concluderà il progetto “Prevenzione IVG donne straniere” ma la metodologia utilizzata può essere già da ora messa a disposizione).

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **20 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1);

8. **Malattie rare:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 e il vincolo di una quota di **20 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab.1);
9. **Valorizzazione dell'apporto del volontariato:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni relative contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
10. **Riabilitazione:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
11. **La salute mentale:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 ;
12. **Piano Nazionale della Prevenzione:** per l'anno 2012 si conferma il vincolo di **240 milioni di euro** ripartiti secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab.1).

PARTE II

Ulteriori 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 2012

1. Linea progettuale: Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità

Questa linea progettuale relativa al contrasto alle disuguaglianze sociali in sanità è finalizzata alla realizzazione di una sperimentazione sui temi degli effetti della deprivazione o del disagio socioeconomico sulla salute e sull'accesso ai servizi sanitari. Le concrete esperienze che le singole Regioni svilupperanno in questo campo forniranno preziose indicazioni per le politiche sanitarie nazionali.

In particolare, con la presente linea guida progettuale si vuole perseguire nelle singole realtà regionali un duplice obiettivo:

1. riprogrammare e riorganizzare la erogazione di tutte le prestazioni comprese nei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo da riorientarla in base all'asse di riferimento del contrasto alle disuguaglianze sociali;
2. utilizzare una specifica quota delle risorse di cui al presente accordo, pari a 50 milioni di euro, per interventi mirati alla tutela dei bisogni dei gruppi di popolazione su cui gli effetti della deprivazione manifestano un più alto impatto.

Per quanto il SSN abbia dalla sua istituzione una forte vocazione universale e solidaristica, sempre confermata nel corso degli anni, si registrano ancora nel nostro Paese disuguaglianze in termini di indicatori di salute imputabili a molteplici e complesse variabili, di natura economica, culturale e sociale, spesso interconnesse, con conseguenze a volte pesanti in termini di diseguità nell'accesso e nella fruizione dei servizi e di *outcome* sanitari.

L'attuale momento storico caratterizzato dalla crisi economica, con le sue pesanti conseguenze in termini di disoccupazione, precarizzazione, erosione del potere di acquisto, indebolimento della rete di protezione familiare, incremento dell'esclusione sociale può concorrere non poco al mantenimento e alla crescita delle disuguaglianze e all'incremento di un fabbisogno di salute fisica, psichica e relazionale. Tale "fabbisogno" non sempre si traduce in "domanda" sanitaria a causa degli "*unmet needs*" costituiti dalla rinuncia totale o parziale alle prestazioni sanitarie da parte dei numerosi nuclei familiari che non dispongono delle risorse economiche per accedervi pienamente o che lo fanno solo in condizioni estreme e delle popolazioni migranti e nomadi. I dati ISTAT e dei centri di ricerca rilevano una progressiva diffusione di tali fenomeni anche nella popolazione che statisticamente si pone nel terzo quintile, dove si trovano famiglie appartenenti al ceto medio.

D'altro canto occorre però non dimenticare che, se da un lato la crescita economica è tra i più forti motori di miglioramento dello stato di salute, tale beneficio, a livello dei vari gruppi di popolazione, si attenua fino a scomparire se la distribuzione del reddito è molto diseguale, e che, in ogni caso, i soli indicatori socioeconomici non sono sufficienti a dar conto di tutte le diseguaglianze (basti pensare a quanto incidono in tal senso l'isolamento degli anziani, il ruolo di "doppia presenza" nel contesto lavorativo e familiare delle donne, le difficoltà culturali per gli immigrati).

In questo contesto, in contrasto con le spinte negative legate ai determinanti sociali, economici e culturali, il SSN è chiamato a definire percorsi innovativi concreti per contribuire ad una "ridistribuzione del bene salute", nel rispetto delle garanzie costituzionali, superando le difficoltà che si riscontrano anche al suo stesso interno (ad es. in termini di educazione alla salute, accessibilità, continuità dell'assistenza) spesso causate da una eccessiva rigidità e da una scarsa conoscenza del proprio territorio.

In questa ottica, si richiede alle Regioni l'elaborazione e la presentazione di progetti con i quali, mediante l'utilizzo di una parte delle risorse vincolate dedicate alla realizzazione degli obiettivi di piano sanitario per l'anno 2012, pongano in essere misure di contrasto degli effetti sulla salute connessi alla povertà/basso reddito tenendo conto dei seguenti indirizzi, fatta salva la possibilità di integrarli nel modo ritenuto più coerente con le loro specifiche realtà:

- programmazione, partecipata con la comunità, orientata all'equità dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari, che assicuri un livello omogeneo di accessibilità alle prestazioni, di qualità delle stesse e la continuità della presa in carico e del percorso assistenziale;
- introduzione di criteri di equità all'accesso che tengano conto delle "fragilità" ad esempio accessi preferenziali per particolari categorie di utenti e per particolari condizioni cliniche;
- riduzione effettiva dei tempi di attesa e delle liste di attesa, rispetto delle regole in materia di attività intramoenia e di incompatibilità;
- informazione sull'uso corretto delle prestazioni e sull'offerta dei servizi e campagne di educazione sanitaria;
- piano di interventi di tipo preventivo con un approccio proattivo nelle aree più bisognose, mirato soprattutto ai soggetti di più bassa posizione sociale e culturale (salubrità e sicurezza nel posto di lavoro e negli stili di vita);
- adozione di strumenti di programmazione integrata con le istituzioni non sanitarie per le politiche incidenti sullo stato di salute della popolazione (servizi sociali, occupazione, casa, scuola, insediamenti territoriali);
- arricchimento del sistema informativo finalizzato alla raccolta di informazioni sulla posizione sociale del paziente e del contesto in cui vive al fine di disegnare e aggiornare una mappa attendibile della povertà nella regione e dei conseguenti fabbisogni sanitari;
- diffusione delle buone pratiche, a livello intraregionali ed interregionale, che consentano l'adozione di modalità operative considerate eccellenti riducendo, così, le disparità esistenti sul territorio nazionale;
- programmi, negli insediamenti dei nomadi e degli immigrati irregolari, di:
 - offerta attiva di vaccinazioni;
 - interventi di prevenzione, in particolare di contrasto alle principali patologie infettive;
 - informazione per l'accesso all'assistenza sanitaria e sociosanitaria, nelle modalità e nei limiti previsti dalla normativa vigente;

- offerta attiva, in particolare agli immigrati e ai nomadi, di formazione alla procreazione e alla genitorialità responsabile;
- attivazione di un approccio transculturale presso un DSM delle città a più alta concentrazione di immigrati avente la funzione specifica di fornire all'immigrato livelli adeguati di assistenza psichiatrica;
- programmi, in favore dei senza fissa dimora di:
 - offerta attiva di interventi sociosanitari rivolti a persone senza fissa dimora al fine di informarli, orientarli ed eventualmente accompagnarli all'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari;
 - interventi attivi di prevenzione e assistenza sanitaria di base, anche attraverso l'utilizzo di ambulatori mobili che raggiungano gli utenti sul territorio.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **50 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto. Rep. 2271), per quanto attiene a questa linea progettuale, redigerà un rapporto sugli interventi proposti e, successivamente, una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni.

2. Linea progettuale: Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità

Questa linea progettuale, relativa alla promozione dell'approccio di genere in sanità, è finalizzata all'introduzione di tale approccio nella valutazione e programmazione dei servizi sanitari regionali. Le concrete esperienze che le singole Regioni svilupperanno in questo campo forniranno preziose indicazioni per le politiche sanitarie nazionali.

Dal 2000 l'OMS ha inserito la medicina di genere nell'*Equity Act*, sottolineando la necessità di garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari per donne e uomini, ma anche il rispetto dell'appropriatezza di cura secondo il proprio genere.

La dimensione di genere abbraccia non solo le differenze biologiche e sessuali ma anche quelle relative alla dimensione sociale, culturale e, più in generale, al riferimento di comportamenti, attività e propensioni che una società considera specifici per l'uomo e per la donna.

Le specifiche caratteristiche socio-culturali attribuite al genere hanno ricadute sullo stato di salute degli uomini e delle donne, così come le caratteristiche biologiche possono rivestire un ruolo rilevante sul manifestarsi e sulla evoluzione delle patologie oltre che sul diverso metabolismo di farmaci e di inquinanti. Il mix dei fattori socioculturali e biologici, profondamente integrati tra loro, comporta nei due sessi una significativa variabilità, correlata anche alla differente adozione di corretti stili di vita o di comportamenti a rischio, della prevalenza di molte patologie, in particolare rispetto alle varie fasi della vita, dell'espressione clinica delle patologie, dell'approccio terapeutico e della relativa prognosi.

Differenze anche in termini di *outcome* sanitario si riscontrano in varie situazioni cliniche, ad esempio la donna diabetica ha un maggior rischio di malattia coronarica rispetto ad un uomo diabetico ed analogamente l'obesità complicata da diabete è più alta nelle donne che negli uomini. Per quanto riguarda la prevalenza, l'osteoporosi è una affezione tipica delle donne in post menopausa e le donne hanno una prevalenza maggiore di malattie reumatiche, osteoarticolari e di malattie autoimmuni. Le differenze di mortalità

per la patologia coronarica nei due sessi impongono una riflessione sulle modalità di prevenzione adottate per i due sessi.

Inoltre, sebbene le donne abbiano una vita media di 5,5 anni più elevata degli uomini (84,2 anni rispetto a 78,7), hanno in media 6,4 anni di più da vivere con disabilità cosicché la speranza di vita senza limitazioni è per le donne di 61,9 anni e per gli uomini di 62,8 anni (Relazione Stato Sanitario del Paese 2009-2010).

La consapevolezza di tali differenze deve riflettersi in una scelta appropriata di percorsi preventivi, diagnostico-terapeutici e riabilitativi, ma anche sociosanitari che tenga conto delle differenti caratteristiche dei due sessi. Occorre, inoltre, riflettere su eventuali problemi di equità all'accesso e alla fruizione di cure mediche che possono nascere dalle necessità delle donne, connesse ai propri ritmi biologici, alla gravidanza, alla menopausa ed alla maggiore longevità, di un maggior ricorso alle cure sanitarie e al conseguente maggior impegno economico che le donne sono chiamate ad affrontare.

Ancor prima però è necessario che le valutazioni di impatto sulla salute generato, da un lato, dalle scelte politiche e interistituzionali e, dall'altro, delle scelte di organizzazione dei servizi sanitari, tengano conto di un approccio di genere che sappia coniugare il rispetto dell'uguaglianza con il principio dell'equità, intesa come l'adozione di strumenti che compensino gli svantaggi sociali storicamente consolidatisi tra gli uomini e le donne.

A tale proposito, non possiamo non ricordare che anche gli uomini possono andare incontro a svantaggi in termini di salute, a causa del loro ruolo di genere e che sono noti rischi e problemi di salute legati alla costruzione e al mantenimento sociale della mascolinità; ad esempio forse proprio per il concetto sociale di "mascolinità" non si è molto sviluppata la ricerca sulla salute emotiva e relazionale dell'uomo.

L'approccio di genere alla salute si propone di promuovere una sanità in cui uomini e donne ricevano le cure più adeguate con un'attenzione particolare rivolta alla differenza della domanda di salute e alle varie modalità con cui questa possa essere soddisfatta.

In questa ottica, si richiede alle Regioni l'elaborazione e la presentazione di progetti con i quali, mediante l'utilizzo di risorse appositamente vincolate, si pongano in essere misure dirette alla promozione dell'approccio di genere alla salute tenendo conto dei seguenti indirizzi, fatta salva la possibilità di integrarli nel modo ritenuto più coerente con le loro specifiche realtà:

- adozione di strumenti di valutazione delle politiche sanitarie e non sanitarie che tengano conto dell'approccio di genere;
- adozione di un'organizzazione dei servizi sanitari che promuova equità di accesso alle cure secondo l'approccio di genere;
- adozione di programmi di promozione degli stili di vita salutari correlati al genere;
- adozione di programmi per la prevenzione attiva dell'infertilità, in particolare nelle adolescenti e negli adolescenti;
- definizione di percorsi di facilitazione all'accesso e alla presa in carico per la prevenzione, cura e riabilitazione della sindrome metabolica e della osteopenia/osteoporosi post menopausale e delle patologie correlate;
- attivazione di percorsi di sensibilizzazione degli operatori, in particolare operatori del pronto soccorso, MMG, PDL e MCA, e di specifici progetti inerenti:
 - alla prevenzione della violenza secondo le buone pratiche già adottate da alcune Regioni;
 - alla rilevazione di segni e sintomi ascrivibili a violenza sessuale, fisica e psicologica, anche mediante schede di rilevazione della pericolosità dell'azione violenta subita;

- all'utilizzo nella pratica clinica di protocolli condivisi ed uniformi in particolare per la definizione di maltrattamento intrafamiliare;
- attivazione di percorsi per l'accoglienza e l'assistenza all'interno delle strutture sanitarie (ad esempio P.S. ospedalieri od ambulatori territoriali) delle vittime di violenza;
- attivazione o implementazione di percorsi sanitari e sociosanitari per la presa in carico e la continuità dell'assistenza delle vittime di violenza;
- attivazione di programmi per il trattamento degli uomini autori di violenze di genere e intrafamiliari.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **10 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

3. Linea progettuale : Diagnosi di infezione da HIV

Premessa

Si stima che in Italia, in analogia con altri paesi europei, vi sia una proporzione consistente di persone con infezione da HIV (circa un terzo) che non è a conoscenza del proprio stato.

E' peraltro stato dimostrato che intorno al 30% delle diagnosi di infezione da HIV viene effettuata in persone che sono già in stato avanzato di malattia (linfociti CD4 < 200/mm³ e/o patologie indicative di AIDS) e quasi il 60% delle diagnosi di AIDS viene fatta in persone con tardivo riconoscimento dell'infezione da HIV.

Questo fenomeno determina due ordini di conseguenze negative. In primo luogo la persona con HIV diagnosticata tardivamente non ha l'opportunità di iniziare nei tempi ottimali la terapia antiretrovirale e ha, da una parte, un rischio più elevato di giungere ad una fase conclamata della malattia e, dall'altra, una ridotta probabilità di un pieno recupero immunologico una volta iniziato il trattamento farmacologico. In secondo luogo la mancanza di consapevolezza dello stato di infezione può favorire un'ulteriore diffusione del contagio. E' stato, infatti, dimostrato che le persone con infezione da HIV riducono i comportamenti a rischio di trasmissione dell'infezione una volta informati del loro stato. Inoltre, vi sono evidenze di un'efficacia di interventi di prevenzione della diffusione del contagio indirizzati alle persone con infezione da HIV nota.

Aree prioritarie di intervento

Le aree prioritarie di intervento possono essere sintetizzate come di seguito:

- Caratterizzazione delle nuove infezioni e dei determinanti dell'accesso al test e alla cura come strumento di pianificazione di azioni volte a favorire un accesso precoce delle persone con infezione da HIV ai servizi assistenziali.
- Sviluppo e Verifica di fattibilità di programmi dell'implementazione di test per infezione recente.
- Promozione dell'ottimizzazione della offerta dei servizi di accesso al test e *counseling* per HIV richiesti dal paziente.

- Sviluppo di strategie di offerta attiva del test per la diagnosi dell'infezione da HIV, anche con l'offerta attiva del test alle persone che si rivolgono ai servizi sanitari per altre problematiche.
- Definizione ed attivazione di percorsi per raggiungere gruppi di popolazione a prevalenza più elevata di infezione con interventi attuati direttamente nella comunità.
- Sperimentazione di interventi per l'accesso al test HIV al di fuori di strutture sanitarie.
- Definizione e condivisione delle *best-practice* per specifici i percorsi assistenziali al fine di ottimizzare l'appropriatezza nella presa in carico dei soggetti con infezione/malattia da HIV.
- Promozione e monitoraggio dell'attivazione della Sorveglianza epidemiologica dell'Infezione da HIV in tutte le Regioni italiane.
- Acquisizione di dati aggiornati relativi a incidenza e di prevalenza dell'infezione da HIV in Italia necessari in particolare a fini programmatori. Inoltre appare importante stimare la quota di infezioni note e non note, anche utilizzando modelli matematici già sperimentati in altri Paesi europei.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **15 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

4. Linea progettuale: Promozione di una rete nazionale per i tumori rari

Questa linea progettuale si propone di promuovere una collaborazione permanente (Rete) tra i centri oncologici distribuiti su tutto il territorio nazionale, allo scopo di migliorare la qualità di cura nei pazienti affetti da “tumori rari”, con esclusione delle neoplasie emato-oncologiche.

Un ulteriore obiettivo della Rete consiste nella riduzione della migrazione sanitaria, che verrebbe limitata ai casi che veramente ne necessitano per prestazioni specifiche.

Attraverso la sua attività clinica, inoltre, la Rete può attivamente contribuire alla ricerca sui tumori rari, utilizzando ampie casistiche in patologie nelle quali è spesso difficile raggiungere campioni significativi di pazienti.

La Rete dovrebbe essere utilizzata innanzitutto per la condivisione di singoli casi clinici a distanza, tra due o più centri, in maniera continuativa durante tutto l'*iter* diagnostico-terapeutico dei pazienti.

Ospedali periferici o con scarsa esperienza potrebbero fare riferimento a centri clinici provvisti di *expertise* sulla neoplasia condividendo le decisioni.

Tale attività può essere facilitata attraverso l'utilizzo della teleconsultazione.

L'attività clinica condivisa dovrebbe inoltre consentire la creazione di un *data base* di rete con possibilità di valutazioni dal punto di vista sia di standard assistenziali che di ricerca.

Infine compito della Rete è la elaborazione di linee guida sulla gestione dei pazienti affetti da neoplasie rare.

La Rete Tumori Rari si propone come risorsa stabile del Sistema sanitario nazionale, basandosi sulla collaborazione tra Ministero della salute e Regioni.

La “*governance*” è dunque sia a livello nazionale, con finanziamento centrale, che di Reti regionali, gestite autonomamente o in collaborazione fra le varie Regioni.

La Rete Tumori Rari

Scopo della rete è:

- migliorare in Italia la cura dei tumori rari solidi dell’adulto tramite la condivisione a distanza di casi clinici;
- definire linee guida per la pratica clinica con criteri condivisi di diagnosi e cura, razionalizzandone l’accesso;
- favorire la ricerca sui tumori rari.

Sono definite “rare” le neoplasie con incidenza inferiore o uguale a 5/100.000 abitanti/anno.

L’ambito dei tumori rari è suddiviso in tre gruppi:

- i tumori pediatrici (meno dell’1% dei casi di tumore), generalmente presi in carico da alcuni centri di oncologia pediatrica, collegati attraverso progetti di ricerca clinica;
- i tumori ematologici, che costituiscono un gruppo più consistente (più del 5% dei casi);
- i tumori rari solidi dell’adulto, che sono i più frequenti, superando il 10% di tutti i casi di tumore.

I casi di tumori rari, pur essendo pochi per ogni singola tipologia, globalmente costituiscono una quota rilevante di patologia neoplastica, rappresentando quindi un problema socialmente rilevante sia in termini quantitativi che per motivi etici. I tumori rari comportano difficoltà gestionali particolari per la scarsa numerosità dei centri che dispongono di competenze cliniche, e pertanto rappresentano un’importante problematica di migrazione sanitaria, sia all’interno del Paese che all’estero. Tutto ciò costituisce ovviamente un problema rilevante in termini di costi sociali e sanitari.

Inoltre, pur essendo lo sviluppo dei nuovi farmaci nei tumori rari tutelato dalle normative sui farmaci “orfani”, vi è una evidente difficoltà nella attuazione di studi clinici che potrebbero essere facilitati dalla possibilità di utilizzare casistiche più ampie sul territorio nazionale.

Funzionamento della Rete

La Rete è utilizzata innanzitutto per la condivisione di casi clinici a distanza. Un reparto/ospedale (*user*) può consultare attraverso la Rete un centro clinico provvisto di *expertise* sulla neoplasia (*provider*), condividendo le scelte diagnostiche e terapeutiche.

I dettagli clinici del caso vengono condivisi in rete attraverso uno strumento accessibile via Web. Lo strumento attualmente sviluppato fornisce tutte le garanzie di sicurezza e protezione dei dati sensibili previste in particolare dalle normative vigenti. Le informazioni condivise sono spesso testuali, ma possono anche comprendere *imaging* (TC, RMN, etc.). Anche le immagini istopatologiche possono essere condivise, anche se la revisione istopatologica è in genere effettuata mediante invio fisico del campione. Tuttavia, l’invio del campione si accompagna all’inserimento del caso in rete, e l’esito della consultazione viene ugualmente inviato in rete.

Il centro “*user*” seleziona il centro “*provider*” a cui chiedere la consultazione, nell’ambito di una serie di centri accreditati, a fornire consultazioni sulla neoplasia di cui il suo Paziente è portatore. La scelta è quindi “libera”, all’interno di centri selezionati per il proprio

expertise, sulla base della numerosità dei casi trattati, della regolare partecipazione alle attività della Rete e del loro *curriculum* scientifico.

I casi condivisi alimentano un *data base* di rete. In esso si trovano le informazioni fondamentali sul Paziente e su tutte le “transazioni” che hanno avuto luogo in rete. Il *data base* di rete è accessibile da ogni centro aderente per quanto riguarda i casi da esso inseriti o con esso condivisi.

Inoltre, è possibile effettuare revisioni retrospettive di casistiche selezionate, previo accordo di tutti centri che a tali casistiche hanno contribuito. Le relative produzioni scientifiche riconoscono naturalmente il contributo di tutti i centri clinici che hanno contribuito alle casistiche stesse.

La Rete provvede inoltre a realizzare linee guida per la pratica clinica specifiche per le singole neoplasie. Questa attività è utile a indirizzare l’*iter* diagnostico-terapeutico nei casi tipici, anche se la specificità dei casi di tumore raro e l’*expertise* multidisciplinare che il loro trattamento comporta richiedono spesso una condivisione del singolo caso.

L’attività di coordinamento strategico della Rete è assicurata presso il Ministero della salute da un gruppo tecnico di lavoro insediato dal Ministro della salute e composto da rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni, dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, dell’Agenzia italiana del farmaco e da esperti delle singole patologie.

Obiettivi del Progetto:

- realizzare l’inserimento della Rete Tumori Rari nelle *routine* del SSN, in tutte le Regioni italiane, sotto la *governance* del Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni;
- contribuire alla integrazione delle Reti oncologiche regionali con la Rete Tumori Rari, favorendone lo sviluppo metodologico e informatico.

Criticità da tenere presenti

Le Reti collaborative presentano una serie di problematiche, le più importanti delle quali sono:

- rispetto delle garanzie richieste dalle normative vigenti per la condivisione di dati sensibili;
- definizione della metodologia clinica della collaborazione a distanza;
- quantificazione del “tempo medico”. La collaborazione in rete comporta tempo medico lavorativo che aumenta i costi reali sanitari. Tuttavia è verosimile che vi sia un miglioramento del rapporto costo/efficacia con un ritorno immediato in termini di diminuzione dei costi da prestazioni improprie. Il Progetto deve pertanto attuare un modello economico che preveda la remunerazione delle prestazioni in rete e il supporto da parte di ciascuna Regione dei propri “*provider*”, a fronte di una copertura dei costi centrali dell’infrastruttura di rete.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **15 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

5. Linea progettuale: Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate.

A quasi venti anni dalla messa al bando totale dell’amianto, il mesotelioma pleurico e le altre patologie asbesto correlate continuano a mietere un numero elevatissimo di vittime:

3000-4000 morti all'anno conseguenti non solo all'uso diretto dell'amianto (circa il 66% dei casi secondo l'ultimo rapporto diffuso dal Registro Nazionale Mesoteliomi - ReNaM) ma anche alla presenza di questo materiale nei cicli produttivi, negli ambienti di lavoro e negli edifici, nonché ad esposizioni domestiche ed ambientali.

La gravità e la diffusione di questa patologia è testimoniata dalla copiosa attività legislativa dalla quale, tra l'altro, emerge l'importanza fondamentale di una capillare sistematica attività di raccolta, integrazione ed analisi di dati e la successiva disseminazione delle informazioni a livello sia regionale che nazionale.

La sorveglianza epidemiologica dei mesoteliomi e l'analisi delle esposizioni ad amianto è in corso in molti Paesi. In alcuni di questi l'informazione avviene attraverso procedure di *linkage* tra registri tumori di popolazione, dati censuari ed archivi dei dati professionali, in altri, tra cui l'Italia, la sorveglianza si basa principalmente sulla ricerca attiva dei casi attraverso una rete delle strutture che possono diagnosticare la malattia.

L'Italia, secondo paese produttore di amianto in Europa fino alla fine degli anni '80, in recepimento dell'art. 17 della Direttiva Comunitaria n. 83/477 che prescriveva "per gli stati membri l'obbligo di predisporre un Registro dei casi accertati di asbestosi e di mesotelioma", con il D.Lgs. 15.8.1991 n. 277 ha istituito presso l'ISPESL il ReNaM, che processa a livello nazionale i dati raccolti ed elaborati, secondo standard operativi concordati, dai Centri Operativi Regionali (COR) presso i quali dovrebbero avere sede i Registri Regionali dei Mesoteliomi.

Non tutte le Regioni hanno adempiuto a questo compito e, laddove il sistema è operativo, le indagini coinvolgono categorie limitate e disomogenee di persone.

Al di là delle attività di sorveglianza, in ogni caso, in quasi tutte le Regioni va completata l'individuazione di tutte le fonti di rischio e la bonifica dei siti inquinati e, soprattutto, vanno implementati percorsi strutturati di diagnosi precoce e di presa in carico delle patologie asbesto-correlate.

Quanto sopra premesso, si richiede alle Regioni l'elaborazione e la presentazione di progetti coerenti con i seguenti indirizzi, fatta salva la possibilità di integrarli nel modo ritenuto adeguato alle specifiche realtà locali:

1. individuazione delle fonti di rischio (e relative bonifiche ambientali);
2. sorveglianza della esposizione della popolazione generale nei punti di evidente crisi;
3. sorveglianza degli esposti ed ex-esposti professionali;
4. strutturazione di un percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate.

In particolare:

- per quanto riguarda il punto 1) si rende necessario un programma che disegni un piano particolareggiato di bonifica completo di previsioni temporali e finanziarie costruito sulla lista dei comparti a rischio amianto storicamente noti ed aggiornato continuamente sulla scorta delle fonti di contaminazione misconosciute o inattese che emergono dalla ricerca attiva dei casi di mesotelioma e dalla conseguente ricostruzione delle modalità che li hanno generati;
- per quanto riguarda i punti 2) e 3) si rendono necessari:
 - o programmi che prevedano l'istituzione del COR e del Registro dei mesoteliomi maligni nelle Regioni dove questo processo non è ancora stato attivato (ricercando sinergie tra le Regioni stesse per attingere al *know how* di quelle che abbiano già attivato programmi in tal senso, e consultando le banche dati INAIL, i dati del censimento AReA, elaborato dall'ISPESL e raccolto in database suddivisi per Regioni, nonché gli archivi storici dei Servizi Territoriali di Prevenzione, Igiene e Sicurezza delle ASL) ovvero (per

le Regioni che abbiano già attivato il Registro) un programma volto ad estendere all'intera popolazione regionale la copertura del registro a prescindere dai dati attinti da fonti istituzionali (INAIL, ISPESL, ISTAT, Procure) o private come Patronati o Associazioni;

- un programma di diagnosi precoce volto a contrastare l'aumentato rischio di ca polmonare negli esposti ed ex esposti (professionalmente o meno) ad amianto;
- per quanto riguarda il punto 4) si rendono necessari:
 - la formalizzazione del disegno di presa in carico delle patologie asbesto-correlate (e del mesotelioma, in particolare), con l'individuazione di almeno un Centro clinico di riferimento regionale;
 - un programma di informazione sui diritti degli ex esposti ad amianto e sulle normative per ottenere il riconoscimento della natura esogena (occupazionale o ambientale) della patologia.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **10 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

ALLEGATO B - TAB.1

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 2012 - parte I

Vincoli sulle risorse destinate alla prosecuzione ed integrazione di linee progettuali già avviate in applicazione degli Accordi 8 luglio 2010 e 20 aprile 2012

REGIONI	Popolazione riparto 2012	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Linea progettuale 1: interventi di assistenza primaria	Linea progettuale 2: Non autosufficienza	2 a) di cui per assistenza pazienti affetti da malattie neurologiche invalidanti	2 b) di cui per assistenza pazienti affetti da demenza	2 c) di cui per Linea progettuale Stato Vegetativo	Linea progettuale 4: Cure palliative	Linea progettuale 5: Biobanche di materiale umano	Linea progettuale 8: Tutela della maternità	Linea progettuale 9: Malattie Rare	Linea progettuale 13: Piano Nazionale Prevenzione
PIEMONTE	4.457.335	4.457.335	118.172.527	29.543.132	19.784.988	1.648.749	1.648.749	1.648.749	8.243.745	1.236.562	1.648.749	1.648.749	19.784.988
VAL D'AOSTA	128.230	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.917.714	9.917.714	262.937.680	65.734.420	44.022.237	3.668.520	3.668.520	3.668.520	18.342.599	2.751.390	3.668.520	3.668.520	44.022.237
BOLZANO	507.657	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	529.457	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.937.834	4.937.834	130.912.010	32.728.003	21.917.891	1.826.491	1.826.491	1.826.491	9.132.455	1.369.868	1.826.491	1.826.491	21.917.891
FRIULI	1.235.808	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.616.788	1.616.788	42.864.161	10.716.040	7.176.515	598.043	598.043	598.043	2.990.215	448.532	598.043	598.043	7.176.515
EMILIA R.	4.432.418	4.432.418	117.511.929	29.377.982	19.674.388	1.639.532	1.639.532	1.639.532	8.197.662	1.229.649	1.639.532	1.639.532	19.674.388
TOSCANA	3.749.813	3.749.813	99.414.757	24.853.689	16.644.476	1.387.040	1.387.040	1.387.040	6.935.198	1.040.280	1.387.040	1.387.040	16.644.476
UMBRIA	906.486	906.486	24.032.688	6.008.172	4.023.663	335.305	335.305	335.305	1.676.526	251.479	335.305	335.305	4.023.663
MARCHE	1.565.335	1.565.335	41.500.043	10.375.011	6.948.128	579.011	579.011	579.011	10.595.085	434.258	579.011	579.011	6.948.128
LAZIO	5.728.688	5.728.688	151.878.541	37.969.635	25.428.205	2.119.017	2.119.017	2.119.017	2.482.677	1.589.263	2.119.017	2.119.017	25.428.205
ABRUZZO	1.342.366	1.342.366	35.588.705	8.897.176	5.938.425	496.535	496.535	496.535	2.482.677	372.402	496.535	496.535	5.938.425
MOLISE	319.780	319.780	8.477.983	2.119.496	1.419.423	118.285	118.285	118.285	591.426	88.714	118.285	118.285	1.419.423
CAMPANIA	5.834.056	5.834.056	154.672.050	38.668.012	25.895.907	2.157.992	2.157.992	2.157.992	10.789.961	1.618.494	2.157.992	2.157.992	25.895.907
PUGLIA	4.091.259	4.091.259	108.467.148	27.116.787	18.160.069	1.513.339	1.513.339	1.513.339	7.566.696	1.135.004	1.513.339	1.513.339	18.160.069
BASILICATA	587.517	587.517	15.576.206	3.894.052	2.607.840	217.320	217.320	217.320	1.086.600	162.990	217.320	217.320	2.607.840
CALABRIA	2.011.395	2.011.395	53.325.951	13.331.488	8.928.076	744.006	744.006	744.006	3.720.032	558.005	744.006	744.006	8.928.076
SICILIA (*)	5.051.075	2.570.492	68.148.690	17.037.173	11.409.767	950.814	950.814	950.814	4.754.070	713.110	950.814	950.814	11.409.767
SARDEGNA	1.675.411	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.626.442	54.069.296	1.433.481.071	358.370.268	240.000.000	20.000.000	20.000.000	20.000.000	100.000.000	15.000.000	20.000.000	20.000.000	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%) sul parametro popolazione. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla regione Siciliana ammonta a 60.517.547,96 euro

Ministero della Salute
DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

ALLEGATO B - TABELLA 2

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 2012 Parte II

Vincoli sulle risorse destinate ad ulteriori linee progettuali per l'anno 2012

REGIONI	Popolazione riparto 2012	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Totale vincoli su linee progettuali di cui alla tabella I	Linea progettuale 1: Contrasto delle disuguaglianze in sanità	Linea progettuale 2: Promozione dell'approccio di genere in sanità	Linea progettuale 3: Diagnosi da infezione da HIV	Linea progettuale 4: Promozione di rete nazionale per i tumori rari	Linea progettuale 5: Sorveglianza epidemiologica Amianto
PIEMONTE	4.457.335	4.457.335	118.172.527	81.890.914	4.121.873	824.375	1.236.562	1.236.562	824.375
VAL D'AOSTA	128.230	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.917.714	9.917.714	262.937.680	182.209.922	9.171.299	1.834.260	2.751.390	2.751.390	1.834.260
TOSCANA	529.457	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	493.854	4.937.854	130.912.010	90.719.090	4.566.227	913.245	1.369.868	1.369.868	913.245
VENETO	1.235.808	-	-	-	-	-	-	-	-
FRUII	1.616.788	1.616.788	42.864.161	29.703.903	1.495.107	299.021	448.532	448.532	299.021
LIGURIA	4.432.418	4.432.418	117.511.929	81.433.134	4.098.831	819.766	1.229.649	1.229.649	819.766
EMILIA R.	3.749.813	3.749.813	99.414.757	68.892.200	3.467.599	693.520	1.040.280	1.040.280	693.520
EMILIA R.	906.486	906.486	24.032.688	16.654.114	838.263	167.653	251.479	251.479	167.653
MARCHE	1.565.335	1.565.335	41.500.043	28.758.600	1.447.527	289.505	434.258	434.258	289.505
LAZIO	5.728.688	5.728.688	151.878.541	105.248.426	5.297.543	1.059.509	1.589.263	1.589.263	1.059.509
ABRUZZO	1.342.366	1.342.366	35.588.705	24.662.176	1.241.339	248.268	372.402	372.402	248.268
MOLISE	319.780	319.780	8.477.983	5.875.052	295.713	59.143	88.714	88.714	59.143
CAMPANIA	5.834.056	5.834.056	154.672.050	107.184.265	5.394.981	1.078.996	1.618.494	1.618.494	1.078.996
PUGLIA	4.091.259	4.091.259	108.467.148	75.165.303	3.783.348	756.670	1.135.004	1.135.004	756.670
BASILICATA	587.517	587.517	15.576.206	10.793.962	543.300	108.660	162.990	162.990	108.660
CALABRIA	2.011.395	2.011.395	53.325.951	36.953.690	1.860.016	372.003	558.005	558.005	372.003
SICILIA (*)	5.051.075	2.570.492	68.148.690	47.225.516	2.377.035	475.407	713.110	713.110	475.407
SARDEGNA	1.675.411	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.626.442	54.069.296	1.433.481.071	993.370.268	50.000.000	10.000.000	15.000.000	15.000.000	10.000.000

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L. 296/2006 (49,11%) sul parametro popolazione. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla regione Siciliana ammonta a 60.517.547,96 euro