



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.IV EX DGPROG

Proposta per il CIPE

OGGETTO: Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2015. 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 2015 ammonta ad **€ 109.715,00 milioni¹**, corrispondente al finanziamento per l'anno 2015 individuato dall'articolo 1, comma 556, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190, incrementato di 5 mln di euro per le attività connesse allo screening neonatale come previsto dall'articolo 1, comma 167, della medesima legge, e ridotto di 2.352 mln di euro a seguito dell'applicazione dell'articolo 1, comma 398 della Legge 190/2014, e conseguentemente all'intesa in Conferenza Stato-Regioni n. 37/CSR del 26 febbraio 2015 e conseguentemente all'Intesa in Conferenza Stato-Regioni n. 113/CSR del 2 luglio 2015.

Lo stanziamento iniziale di **€ 109.715,00 milioni** comprende le seguenti componenti di finanziamento:

€ 106.932,28 mln: INDISTINTO²

€ 1.855,52 mln: VINCOLATO E PROGRAMMATO PER REGIONI E PA³

¹ Non è compreso in detto importo quello di cui all'articolo 1, comma 178 della legge 24 dicembre 2012, n.228, (legge di stabilità per l'anno 2013) che autorizza la spesa di 2 milioni di euro per l'anno 2013 e 4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015 per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale e per consentire alle imprese del settore termale di effettuare gli investimenti necessari alla loro ulteriore integrazione nell'ambito del Servizio sanitario Nazionale.

² Tale quota include i 50,00 mln di euro da destinare alla cura della dipendenza del gioco d'azzardo (art. 1, comma 133, L. 190/2014). Tale quota è comprensiva, inoltre, delle seguenti quote finalizzate:

- 69,00 milioni di euro per il rinnovo delle convenzioni con il SSN (L. 133/08);
- 200,00 milioni di euro per regolarizzazione dei lavoratori extracomunitari (L.102/09)

³ Di cui:

- 1.480,00 mln di euro per obiettivi di piano (L. 662/96 e L. 133/08), inclusi i 400 mln per farmaci innovativi (art. 1, comma 593, L. 190/2014) ed i 100,21 milioni di euro da assegnare alla quota indistinta come da richiesta del Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome con nota n. 5413 del 26 novembre 2015;
- 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 (DLvo 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)

€ **652,91** mln: **VINCOLATO PER ALTRI ENTI** ⁴

€ **274,29** mln: **ACCANTONAMENTO**, pari allo 0,25% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2015, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67-bis, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, a condizione che venga approvata l'integrazione al già citato comma 67-bis, nell'ambito del decreto-legge c.d. "proroga termini", già iscritto all'o.d.g. del CdM del 23 dicembre 2015. Detto importo sarà ripartito con separato decreto tenendo conto dei contenuti dell'Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 25 novembre 2015, nei termini trasmessi dal Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome con nota del 26 novembre 2015 n. 5413 (cfr. allegato 1).

IMPORTO DA RIPARTIRE

L'importo da ripartire con la presente proposta ammonta a € **107.466,57** mln ed è costituito dalle seguenti quote di finanziamento:

- 1) € **106.932,28** mln: **INDISTINTO** calcolato sottraendo alla quota di fabbisogno complessivo di 109.715,00 mln di euro l'importo di 1.855,52 mln di euro (ammontare complessivo degli obiettivi di piano e vincolate), l'importo di 274,29 mln di euro (per accantonamento ex articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149 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 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;
- 2) € **100,21** 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. 5413 del 26 novembre 2015, 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.5413 (prelevando tale importo dalle disponibilità previste per il finanziamento degli obiettivi di piano 2015). La quota di 100,21 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;

-
- 53,54 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)

⁴ 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)
- 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).

- 4) € **427,40** mln: **VINCOLATO PER ALTRI ENTI** (v. nota 4), di cui:
- € 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 è 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.

Anche per l'anno 2015, ai sensi dell'articolo 27 al comma 5 del citato decreto legislativo 68/11, per la predisposizione del riparto delle disponibilità finanziarie per la copertura del fabbisogno sanitario standard si dovrà procedere al calcolo del costo medio standard, ottenuto come media ponderata dei costi delle 3 regioni benchmark per ciascuno dei tre livelli di assistenza.

Per tale scopo, detto articolo 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.

Tra le 5 regioni di riferimento individuate nei termini sopra descritti, la Conferenza Stato-Regioni deve selezionare le tre che saranno quindi le regioni di riferimento per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario. Con nota n. 11014 del 16 dicembre 2015, il Ministero della salute ha trasmesso alla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni la documentazione relativa alle cinque Regioni "eligibili", precisando che sulla metodologia adottata per l'individuazione, e sui relativi esiti, è stato acquisito il concerto del Ministero dell'economia e finanze, nonché il parere favorevole del Sottosegretario di Stato per gli affari regionali.

Le 5 regioni eligibili sono risultate, nell'ordine: Marche, Emilia Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto; tale individuazione è avvenuta sulla base della procedura definita nell'Allegato 1 alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012, come descritto nella nota metodologica trasmessa anch'essa alla Conferenza Stato-Regioni ed alla quale si rinvia.

Nel corso della seduta politica del 17 dicembre 2015, la Conferenza Stato-Regioni ha provveduto ad individuare nelle seguenti le 3 regioni benchmark: Marche (in quanto prima regione della graduatoria), Umbria e Veneto.

Il finanziamento **INDISTINTO**, pari a **106.932,28** mln di euro viene ripartito tra le regioni e le province autonome, distintamente per ciascuna delle sue componenti; esso è comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate per un importo complessivo di € 269,00 mln di euro e 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.

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 ricomprende 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), dopo aver calcolato il costo medio pro-capite delle 3 regioni benchmark sopra indicate, rapportato alla popolazione pesata al 1.1.2015, calcolata utilizzando i pesi del riparto del FSN anno 2011⁵, 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 anche per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard si faccia riferimento ancora alla popolazione pesata di ciascuna regione, comporta che la popolazione continui a restare un parametro di riferimento importante ai fini della determinazione della quota di accesso di ciascuna regione al fabbisogno sanitario nazionale standard 2015, come

⁵ 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

già rappresentato nelle proposte di riparto degli anni precedenti.

Per quanto concerne il riparto della quota relativa all'assistenza farmaceutica territoriale, si precisa che l'articolo 15, comma 3 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito nella legge 7 agosto 2012, n.135 fissa 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 4). La predetta percentuale, rapportata al finanziamento complessivo *"indistinto"*, si ridetermina in 11,58%.

Nel presente riparto, si è, poi, tenuto conto anche di quanto disposto dall'articolo 27, comma 10 del decreto legislativo 68/11, laddove è previsto 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, applicando all'algoritmo dei costi standard utilizzato per la costruzione del presente riparto la popolazione al 31.12.2013 (utilizzata per il riparto 2014), la quota di accesso delle Marche (prima regione) risulta essere pari al 2,59754% contro il 2,59711% del riparto 2014.

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 **1.480,00** milioni di euro, al netto 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 888,07 mln di euro per effetto della nettizzazione dei seguenti importi:

- a) 100,21 mln di euro (cfr. punto 3 di pag. 2 della presente proposta);
- b) 400 mln di euro per i farmaci innovativi (art. 1, comma 593, L. 190/2014);
- c) 91,72 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.

La colonna 4-quater accoglie il riparto della quota di 100,21 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. 5413 del 26 novembre 2015, 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 2015, rettificata per tenere conto degli effetti derivanti dalle innovazioni legislative intervenute in materia fiscale (legge di stabilità per il 2015 e legislazione del 2015), 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 Sicilia, 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 2015, 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. 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 2015. In particolare si riportano:

- gli acconti 2015 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 2015 da riconoscere in acconto sono indicati nella tabella C (colonne M6 e M9). Unitamente ai conguagli, il finanziamento complessivo spettante all'OPBG per il 2015 è pari a **204,804** mln di euro, di cui **191,097** mln di euro come acconti + **13,707** a titolo di conguagli anni precedenti, a cui si deve aggiungere sia l'acconto per l'anno 2015 del valore di mobilità riferito agli emocomponenti per **1,225** mln di euro sia il conguaglio relativo agli anni precedenti che corrisponde a **0,326** 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, oltre ai conguagli anni precedenti per un importo di **0,255** mln di euro;

- gli acconti 2015, la plasma derivazione, la ricerca e il reperimento delle cellule staminali (ai quali sono aggiunti anche i crediti e debiti relativi alla fatturazione degli esami per l'iscrizione dei nuovi donatori d'organo) e per gli emocomponenti. Nell'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 a partire dall'attività 2015

- i conguagli della mobilità interregionale per i flussi standard, per la plasma derivazione, la ricerca e il reperimento delle cellule staminali, dei residui manicomiali e hanseniani e degli emocomponenti dell'anno 2013.

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 nell'anno 2013. L'onere correlato a tali prestazioni, pari a 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 (cfr. allegato 2).

Nella presente proposta non viene indicato nessun importo della mobilità internazionale, nelle more dell'adozione del regolamento previsto ai sensi dell'articolo 1, commi 82 e 83 della leg-

ge 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 nonché delle province autonome di Trento e Bolzano sulla manovra prevista dal comma 22 medesimo.

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 2014 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 2014 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 2014;
- **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 2014;
- **146,41** mln di euro per le attività della CRI: medesimo finanziamento riconosciuto con il riparto 2014.
- **2,00** mln di euro per il Centro Nazionale Trapianti: come l'anno 2014.

Il presente riparto provvede ad accantonare l'importo di **274,29** mln di euro, pari allo 0,25% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2015, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67-bis, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, a condizione che venga approvata l'integrazione al già citato

comma 67-bis, nell'ambito del decreto-legge c.d. "proroga termini", già iscritto all'o.d.g. del CdM del 23 dicembre 2015. Detto importo sarà ripartito con separato decreto tenendo conto dei contenuti dell'Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 25 novembre 2015, nei termini trasmessi dal Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome con nota del 26 novembre 2015 n. 5413.

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.

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.

Roma,

Il Ministro

Il Sole 24 ORE

Salini

QUADRO DI SINTESI FABBISOGNO FINANZIARIO SANITARIO PER IL SSN - ANNO 2015
(Importi in €)

FABBISOGNO COMPLESSIVO		FABBISOGNO DA RIPARTIRE CON LA PRESENTE PROPOSTA	
112.862.000,000	FABB COMPLEX 2015	109.715.000,000	FABBISOGNO COMPLESSIVO 2015
2.352.000,000	Manovra Legge 190/2014	-1.855.521,033	VINCOLATO per REGIONI e P.A. (compresi 165,424 mil per Medicina Penitenziaria)
5.000,000	Incremento serena annuale	106.932.275,735	VINCOLATO per ALTRI ENTI
109.715.000,000	Pabbisogno 2015	374.387.500	ACCANTONAMENTO
<p>Lo stanziamento iniziale comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> 249.000.000 F.I.N.A.L.I.Z.A.T.O 69.000.000 Stanza convenzioni 200.000.000 Interventi extraordinari 		L. 131/88	L. 190/2014 art. 1, c. 133
<p>1.855.521,033 VINCOLATO per REGIONI e P.A.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hematologia Fibrosi Cistica Aids Regolarizzazione trasfusi Medicina Penitenziaria Estroconduzioni irregolari Fondo esclusività Borse studio mg Veterinaria 		100.210.555	Quota di riequilibrio
<p>10.000.000 screening neonatale</p>		107.032.486,290	(tab A, B, C)
<p>651.915,742 VINCOLATO per ALTRI ENTI (non rimborsato dalle aziende sanitarie)</p> <ul style="list-style-type: none"> 10.000.000 In Contratto 3.000.000 In Contratto 2.000.000 Centro nazionale trapianti 2.500.000 Manua pre-ritorna 175.010.000 Borse studio specializzandi 30.000.000 Formazione dei medici specialisti 		434.085,742	(tab D)
<p>149.061.064,258</p>		107.466.573,032	(tab E)
<p>FABBISOGNO PER CALCOLO TETTO FARMACEUTICA (art. 5 Legge 29 novembre 2007, n.222)</p>		<p>VINCOLATO da ripartire con separate proposte</p> <ul style="list-style-type: none"> 10.000.000 screening neonatale 30.000.000 Estroconduzioni irregolari 175.010.000 Borse studio mg 38.735.000 Borse studio mg 40.000.000 Veterinaria 2.500.000 Manua pre-ritorna 175.010.000 Borse studio specializzandi 50.000.000 Formazione dei medici specialisti 	
<p>109.715.000,000 FABB COMPLEX 2015</p> <p>-652.915,742 VINCOLATO per ALTRI ENTI (non rimborsato dalle aziende sanitarie)</p> <p>149.061.064,258</p>		<p>ACCANTONATO</p> <p>274.387.500 art. lo decreto leg. in sanzione</p>	
<p>INCREMENTO % FABB 2013 / 2012</p> <p>109.528.000,000 FABB COMPLEX 2014</p> <p>109.715.000,000 FABB COMPLEX 2015</p> <p>-0,19%</p>		<p>FABB COMPLEX 2015</p> <p>105.141.888.667 FABB INDISTINTO 2014</p> <p>106.932.275.735 FABB INDISTINTO 2015</p> <p>1,51%</p>	

(1) Progetto di pm: 1.480.000,000
(2) Da Finanziamento - valore 2014
(3) Cn - valore 2014

TAB A RIPARTO INDISTINTO (INCLUSA QUOTA GIOCO D'AZZARDO) - ANTE MOBILITA' INTERREGIONALE + QUOTA DI RIEQUILIBRIO (importi in euro)

Regione	DISTRETTUALE				OSPEDALIERA			TOTALE INDISTINTO ANTE MOBILITA' INTERREGIONALE PER IL GIOCO D'AZZARDO	Quota accessoria %	Iffoni clinici (come da foglio di riparto allegato)	TOTALE INDISTINTO ANTE MOBILITA' INTERREGIONALE PER IL GIOCO D'AZZARDO E FIBROSICI CISTICA	Quota per il gioco d'azzardo (art. 1, c. 133, L. 19/7/2016) GIA' INCLUSA NEL DATO DELLA COLONNA 4	Quota riequilibrio	TOTALE FINALE TAB. A
	TERRITORIALE (finale)	MEIO DI BASE (finale)	PHARMACEUTICA (finale)	SPECIALISTICA (finale)	NONI-PESATA (finale)	PESATA (finale)	3							
PIEMONTE	389.106.095	544.748.533	920.564.082	1.094.156.019	4.837.736.800	1.813.468.071	3.535.474.899	7.952.367.785	7,44%	355.262.833	7.952.367.785	3.718.538	74.371	7.958.376.123
V. D'AOSTA	11.882.868	43.154.574	76.322.395	30.552.787	115.825.772	50.633.178	160.477.798	237.386.439	0,21%	-	237.386.439	106.317	2.137	239.523.576
LOMBARDIA	879.835.733	1.364.419.841	2.032.470.101	2.337.888.920	8.969.268.889	3.870.337.226	7.794.536.936	17.583.441.557	16,43%	856.258.19	17.583.441.557	8.232.183	164.442	17.583.605.999
BOLZANO	45.594.759	174.390.270	103.090.112	114.886.638	455.799.873	200.616.941	389.151.176	896.545.608	0,83%	-	896.545.608	416.432	8.328	896.553.936
TRENTO	47.899.387	180.357.115	66.163.141	123.312.877	478.782.473	207.941.301	411.435.944	937.447.577	0,88%	-	937.447.577	438.385	8.787	937.456.364
VERNETO	433.841.283	1.657.438.364	606.677.796	1.155.905.865	4.423.798.320	1.906.701.646	3.813.435.409	8.678.721.571	8,11%	433.671.71	8.678.721.571	4.854.874	81.699	8.678.730.270
FRUIJI	187.921.823	412.776.903	151.090.132	304.327.099	1.124.618.438	474.854.302	968.585.416	2.315.125.389	2,07%	-	2.315.125.389	1.835.803	29.716	2.315.155.102
LIGURIA	139.244.675	532.380.925	194.942.406	318.281.018	1.475.402.438	612.676.132	1.367.598.879	3.324.246.874	7,73%	131.625.90	3.324.246.874	1.366.456	27.389	3.324.274.263
E. ROMAGN.	371.383.580	1.426.935.063	547.937.012	919.937.889	4.034.526.899	1.722.087.455	3.513.868.524	7.939.778.283	7,43%	334.586.58	7.939.778.283	3.712.311	74.244	7.939.852.527
TOSCANA	338.023.544	1.262.269.957	462.032.962	912.120.461	3.428.466.600	1.452.103.594	2.977.302.166	6.755.692.311	6,23%	379.942.56	6.755.692.311	3.158.995	63.890	6.756.066.306
UMBRIA	78.487.177	300.961.760	110.162.048	218.446.760	815.689.966	346.223.181	713.418.638	1.407.795.781	1,59%	67.317.23	1.407.795.781	751.813	18.636	1.407.814.414
MARCHE	136.377.571	521.015.241	190.928.399	320.800.179	1.407.187.336	600.061.112	1.227.845.423	2.771.410.331	2,59%	42.726.09	2.771.410.331	1.295.925	25.118	2.771.435.449
LAZIO	508.183.440	1.581.941.594	725.456.816	1.361.488.316	5.240.734.449	2.282.007.137	4.516.142.569	10.295.830.458	9,45%	508.818.97	10.295.830.458	4.816.988	96.288	10.296.347.446
ABRUZZO	117.080.451	487.882.821	163.940.071	273.313.345	1.201.397.150	515.240.223	1.032.184.587	2.461.021.758	2,17%	100.978.18	2.461.021.758	1.184.625	23.811	2.461.045.569
MOLISE	412.423.214	1.505.397.174	505.397.174	837.879.214	3.181.377.159	1.251.827.919	2.650.759.838	5.945.690.307	5,20%	393.842.17	5.945.690.307	2.650.759	53.813	5.946.224.120
PUGLIA	451.237.312	1.375.846.146	451.237.312	821.698.816	3.434.179.185	1.583.588.024	3.112.867.624	7.106.905.985	6,65%	314.763.04	7.106.905.985	3.324.234	64.464	7.107.230.249
BASILICAT.	58.707.066	193.846.202	70.990.787	134.900.702	514.200.322	223.113.903	446.895.983	1.014.963.729	0,95%	59.143.72	1.014.963.729	493.124	9.492	1.015.456.851
CALABRIA	473.819.197	1.924.346.876	337.433.781	449.070.071	1.784.672.125	766.804.669	1.504.246.680	3.433.397.696	3,21%	159.516.70	3.433.397.696	1.665.938	33.188	3.433.431.884
SICILIA	447.777.757	1.712.654.734	610.888.832	1.019.260.422	4.903.934.778	1.970.232.043	3.853.260.535	8.804.973.650	8,23%	207.596.61	8.804.973.650	4.117.268	82.345	8.805.324.845
SARDEGNA	146.281.337	559.492.044	204.793.872	339.545.065	1.498.881.972	644.364.356	1.288.002.239	2.933.165.568	2,74%	-	2.933.165.568	1.371.563	27.431	2.933.377.061
TOTALE	5.346.390.738	20.448.808.975	7.484.977.824	14.221.478.265	54.533.214.748	23.524.119.249	47.648.380.148	106.527.885.735	100%	-4.390.080.08	106.527.885.735	50.090.000	1.000.000	107.527.885.735

TAB. C - RIPARTO 2015
(importi in euro)

MOBILITÀ INTERREGIONALE

Regioni	FLUSSI STANDARD																				
	ACCONTO SALDI ANNO 2015					CONGLIAMENTO SALDI ANNO 2013															
	M1	M2	M3	M4	M5	M6 - M4 - M5	M7	M8	M9 - M7 - M8	TOTALE CREDITI IN ACCONTO con OPBG e ACISIONI	TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPBG e ACISIONI	TOTALE ACCONTO con OPBG e ACISIONI	CREDITI ANNO 2011 UTILIZZATI PER RIPARTO 2013	SALDI ANNO 2011 OPBG e ACISIONI	DEBITI ANNO 2013 componenti OPBG e ACISIONI	DEBITI ANNO 2013 con OPBG e ACISIONI	CREDITI ANNO 2011 UTILIZZATI PER RIPARTO 2013	ACCONTO RIPARTO 2013 (DEL C.F.P.E. N. 53 del 10/11/2014)	DIFERENZA DEBITI DA CONGLIAMENTO	DIFERENZA DEBITI DA CONGLIAMENTO	
	M1	M2	M3	M4	M5	M6 - M4 - M5	M7	M8	M9 - M7 - M8	M10	M11	M12 - M10 - M11	M13	M14	M15 - M13 - M14	M16	M17	M18 - M16 - M17	M19 - M13 - M16	M20 - M14 - M17	M21 - M19 - M20
PIEMONTE	218.261.671	248.510.806	-32.243.634	0	333.628	-333.628	0	29.009	-29.009	318.261.671	248.873.422	-30.611.751	218.261.671	248.873.422	-30.611.751	232.260.139	-2.984.277	-2.984.277	-1.064.191	16.613.004	27.617.384
V.DAUGUSTA	1.132.672	20.425.748	-9.223.075	0	7.455	-7.455	0	2.161	-2.161	11.132.672	20.465.363	-9.232.691	1.132.672	20.465.363	-9.232.691	9.732.784	23.228.949	-13.476.265	1.379.888	-2.763.586	-1.143.473
LOMBARDIA	849.130.310	323.853.666	-541.274.694	0	1.115.869	-1.115.869	0	-346.444	-346.444	869.130.360	327.116.000	-541.812.381	849.130.360	327.116.000	-541.812.381	816.979.249	322.624.380	494.558.869	52.151.131	4.893.620	47.257.512
EMILIA	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	32.389.378	24.299.471	8.089.908	44.939.578	23.899.901	-7.622.649	1.197.339	709.570	487.759
TRENTINO	44.990.799	62.829.868	-17.840.069	0	18.075	-18.075	0	347	-347	44.990.799	62.848.230	-17.867.431	44.990.799	62.848.230	-17.867.431	52.964.821	50.964.821	-15.662.343	10.212.21	2.283.409	-2.262.188
VALLE D'AOSTA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
LAZIO	125.943.033	184.414.013	-59.470.980	0	248.864	-248.864	0	989.182	-989.182	126.932.115	187.452.861	-60.520.746	125.943.033	187.452.861	-60.520.746	129.292.805	186.724.998	-57.431.983	9.839.186	3.541.942	1.297.556
LAZIO	125.943.033	184.414.013	-59.470.980	0	248.864	-248.864	0	989.182	-989.182	126.932.115	187.452.861	-60.520.746	125.943.033	187.452.861	-60.520.746	129.292.805	186.724.998	-57.431.983	9.839.186	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523	219.625.516	-85.253.987	10.212.21	3.541.942	1.297.556
EMILIA	315.775.090	259.929.333	85.846.756	0	132.531	-132.531	0	22.454	-22.454	315.775.090	231.083.338	84.691.751	315.775.090	231.083.338	84.691.751	304.879.523					

TAB. C - RIPARTO 2015
(Importi in euro)

MOBILITÀ INTERREGIONALE

ACCONTO SALDI 2015 - nuovi donatori		ACCONTO SALDI 2015				RICERCA E REFERIMENTO CELLULE STAMINALI				CONGIUGLIO SALDI ANNO 2013			
CREDITI per Attivazione degli esati per l'iscrizione donatori d'organo	DEBITI per attivazione degli esati per l'iscrizione donatori d'organo	CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2011 UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2013	DEBITI ANNO 2011 UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2013	ACCONTO RIPARTO 2013 (DEL CUP N. 33 del 10/1/2014)	DIFERENZA CREDITI DA CONGIUGLIARE	DIFERENZA DEBITI DA CONGIUGLIARE	DIFERENZA DA CONGIUGLIARE		
M22	M23	M25	M26	M27 = M25 - M26	M28	M29 = M25 - M26	M30	M31 = M27 - M28	M32 = M29 - M31	M33 = M30 - M32	M34 = M31 - M33		
0	303.120	0	2.386.059	-2.386.059	0	2.386.059	0	2.086.103	0	315.956	-315.956		
0	8.280	0	78.818	-78.818	0	78.818	0	42.141	0	36.677	-36.677		
0	633.420	0	4.440.161	-4.440.161	0	4.440.161	0	3.361.270	0	1.078.891	-1.078.891		
0	41.840	0	182.643	-182.643	0	182.643	0	304.588	0	121.945	-121.945		
0	41.000	0	214.917	-214.917	0	214.917	0	191.474	0	23.442	-23.442		
0	475.380	0	1.930.054	-1.930.054	0	1.930.054	0	1.471.480	0	507.574	-507.574		
0	84.420	0	730.065	-730.065	0	730.065	0	675.643	0	56.421	-56.421		
2.910.780	0	19.219.931	19.219.931	0	19.219.931	18.182.616	0	18.182.616	1.037.315	0	1.037.315		
0	365.400	0	1.401.448	-1.401.448	0	1.401.448	0	1.303.719	0	97.729	-97.729		
0	194.220	0	1.235.532	-1.235.532	0	1.235.532	0	1.023.614	0	211.919	-211.919		
0	28.980	0	87.867	-87.867	0	87.867	0	235.647	0	-167.679	167.679		
0	68.400	0	533.603	-533.603	0	533.603	0	568.820	0	-35.217	35.217		
0	82.800	0	1.664.792	-1.664.792	0	1.664.792	0	1.741.686	0	-76.894	76.894		
0	5.000	0	231.049	-231.049	0	231.049	0	367.032	0	-135.983	135.983		
0	32.380	0	674.659	-674.659	0	674.659	0	607.200	0	7.459	-7.459		
0	197.220	0	1.341.223	-1.341.223	0	1.341.223	0	995.545	0	345.678	-345.678		
0	30.240	0	159.104	-159.104	0	159.104	0	1.564.188	0	-222.964	222.964		
0	60.240	0	348.545	-348.545	0	348.545	0	174.711	0	15.608	-15.608		
0	86.210	0	1.043.908	-1.043.908	0	1.043.908	0	391.279	0	42.733	-42.733		
0	192.660	0	423.895	-423.895	0	423.895	0	1.123.451	0	80.144	-80.144		
0	0	0	0	0	0	0	0	524.015	0	-100.116	100.116		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2.910.780	2.910.780	19.219.931	19.219.931	0	19.219.931	18.182.616	0	18.182.616	1.037.315	0	1.037.315		

TAB C - RIPARTO 2015
(importi in euro)

MOBILITA' INTERREGIONALE

ACCONTO SALDI ANNO 2015		CONGUAGLIO SALDI 2013									
CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2011 UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2013	DEBITI ANNO 2011 UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2013	ACCONTO RIPARTO 2013 (DEL CIPE N. 53 del 10/11/2014)	DIFFERENZA CREDITI DA CONGUAGLIARE	DIFFERENZA DEBITI DA CONGUAGLIARE	DIFFERENZA DA CONGUAGLIARE
M37	M38	M39 = M37 - M38	M40	M41	M42 = M40 - M41	M43	M44	M45 = M43 - M44	M46 = M40 - M45	M47 = M41 - M44	M48 = M46 - M47
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	140.445	-140.445	-140.445	0	0	145.563	0	-145.563	0	-5.118	5.118
0	0	0	0	0	0	5.982	0	-5.982	0	-5.982	5.982
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19.282	63.310	-63.310	-63.310	0	0	59.662	0	-59.662	0	3.648	-3.648
0	44.110	-44.110	-24.828	32.169	42.536	-10.367	0	-10.367	-12.887	1.575	-14.462
0	114.959	-114.959	932.692	1.068.237	1.183.196	113.383	0	-113.383	-2.342	1.576	-1.576
1.065.895	133.203	932.692	-131.003	0	0	116.163	98.921	969.316	0	34.282	-36.624
0	131.003	-131.003	-28.578	31.818	31.818	27.515	0	-27.515	0	1.064	-1.064
188.332	28.578	-28.578	188.332	138.948	138.948	84.950	0	53.998	49.384	71.564	-22.181
0	910.308	-910.308	-910.308	0	0	1.098.969	0	-1.098.969	0	-188.660	188.660
0	583.534	-583.534	-583.534	0	0	934.630	0	-934.630	0	-351.096	351.096
0	607.425	-607.425	-607.425	0	0	731.694	0	-731.694	0	-124.269	124.269
1.252.606	2.405.807	-1.153.201	-1.153.201	1.555.885	2.815.894	2.815.894	0	-1.260.009	-303.279	-410.087	106.808
5.147.174	613.081	4.534.094	4.534.094	6.103.859	6.103.859	667.659	0	5.436.200	-956.684	-54.578	-902.106
1.255.723	444.026	811.697	811.697	1.391.133	1.391.133	462.795	0	928.338	-135.410	-18.769	-116.641
0	1.145.373	-1.145.373	-1.145.373	0	0	1.333.294	0	-1.333.294	0	-187.921	187.921
0	1.337.978	-1.337.978	-1.337.978	0	0	1.436.570	0	-1.436.570	0	-98.591	98.591
0	69.357	-69.357	-69.357	114.053	114.053	114.053	0	-114.053	0	-44.696	44.696
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	8.929.012	-8.929.012	8.929.012	10.290.231	10.290.231	10.290.231	0	-10.290.231	-1.361.219	-1.361.219	0

TAB C - RIPARTO 2015
(import: in euro)

MOBIUTA INTERREGIONALE

PLASMADERIVAZIONE

CONGUAGLIO SALDI ANNO 2013											
ACCONTO SALDI ANNO 2015					CONGUAGLIO SALDI ANNO 2013						
CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2013 UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2013	DEBITI ANNO 2013 UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2013	ACCONTO 2013 (DEL CIPE N. 53 del 10/11/2014)	DIFFERENZA CREDITI DA CONGUAGLIARE	DIFFERENZA DEBITI DA CONGUAGLIARE	DIFFERENZA DA CONGUAGLIARE
M49	M50	M51 = M49 - M50	M52	M53	M54 = M52 - M53	M55	M56	M57 = M55 - M56	M58 = M52 - M55	M59 = M51 - M56	M60 = M58 - M59
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	94.778	-94.778	0	94.778	-94.778	58.371	0	58.371	-58.371	94.778	-153.149
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	48.533	-48.533	0	48.533	-48.533	6.533	0	6.533	-6.533	48.533	-55.066
0	74.096	-74.096	0	74.096	-74.096	313.020	0	313.020	-313.020	74.096	-387.116
308.528	308.528	0	308.528	0	308.528	0	110.018	-110.018	308.528	-110.018	418.546
1.393.154	1.393.154	0	1.393.154	0	1.393.154	1.472.926	0	1.472.926	-79.772	0	-79.772
0	614.446	-614.446	0	614.446	-614.446	0	1.888.359	-1.888.359	0	-1.273.913	1.273.913
3.136.994	3.136.994	0	3.136.994	0	3.136.994	3.336.689	0	3.336.689	-199.695	0	-199.695
0	2.056.326	-2.056.326	0	2.056.326	-2.056.326	0	2.289.741	-2.289.741	0	-233.415	233.415
0	943.057	-943.057	0	943.057	-943.057	0	1.340.746	-1.340.746	0	-397.689	397.689
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	540.441	-540.441	0	540.441	-540.441	544.941	0	544.941	-544.941	540.441	-1.085.382
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	467.001	-467.001	0	467.001	-467.001	0	103.616	-103.616	0	363.385	-363.385
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.838.676	4.838.676	0	4.838.676	4.838.676	0	5.732.480	5.732.480	0	-893.804	-893.804	0

TAB C - RIPARTO 2015
(importi in euro)

MOBILITA' INTERREGIONALE

EMOCOMPONENTI										CONGUAGLIO SALDI ANNO 2013			TOTALE CREDITI MOBILITA'		TOTALE DEBITI MOBILITA'		TAB.A POST MOBILITA'	
ACCOUNTO SALDI ANNO 2015					DEBITI ANNO 2013					CREDITI ANNO 2013					DIFFERENZA DA CONGUAGLIARE			
CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2013	DEBITI ANNO 2013	SALDI ANNO 2013	CREDITI ANNO 2011 UTILIZZATI PER ACCOUNTO RIPARTO 2013	DEBITI ANNO 2011 UTILIZZATI PER ACCOUNTO RIPARTO 2013	ACCOUNTO RIPARTO 2013 (DEL CIPE N. 53 del 10/11/2014)	DIFFERENZA CREDITI DA CONGUAGLIARE	DIFFERENZA DEBITI DA CONGUAGLIARE	DIFFERENZA DA CONGUAGLIARE	M61 + M62 + M63 + M64 + M65 + M66 + M67 + M68 + M69	M70 + M71 + M72 + M73 + M74 + M75 + M76 + M77 + M78 + M79 + M80 + M81 + M82 + M83 + M84 + M85 + M86 + M87 + M88 + M89 + M90 + M91 + M92 + M93 + M94 + M95 + M96 + M97 + M98 + M99 + M100	M101 + M102 + M103 + M104 + M105 + M106 + M107 + M108 + M109 + M110 + M111 + M112 + M113 + M114 + M115 + M116 + M117 + M118 + M119 + M120 + M121 + M122 + M123 + M124 + M125 + M126 + M127 + M128 + M129 + M130 + M131 + M132 + M133 + M134 + M135 + M136 + M137 + M138 + M139 + M140 + M141 + M142 + M143 + M144 + M145 + M146 + M147 + M148 + M149 + M150 + M151 + M152 + M153 + M154 + M155 + M156 + M157 + M158 + M159 + M160 + M161 + M162 + M163 + M164 + M165 + M166 + M167 + M168 + M169 + M170 + M171 + M172 + M173 + M174 + M175 + M176 + M177 + M178 + M179 + M180 + M181 + M182 + M183 + M184 + M185 + M186 + M187 + M188 + M189 + M190 + M191 + M192 + M193 + M194 + M195 + M196 + M197 + M198 + M199 + M200	M201 + M202 + M203 + M204 + M205 + M206 + M207 + M208 + M209 + M210 + M211 + M212 + M213 + M214 + M215 + M216 + M217 + M218 + M219 + M220 + M221 + M222 + M223 + M224 + M225 + M226 + M227 + M228 + M229 + M230 + M231 + M232 + M233 + M234 + M235 + M236 + M237 + M238 + M239 + M240 + M241 + M242 + M243 + M244 + M245 + M246 + M247 + M248 + M249 + M250 + M251 + M252 + M253 + M254 + M255 + M256 + M257 + M258 + M259 + M260	M261 + M262 + M263 + M264 + M265 + M266 + M267 + M268 + M269 + M270 + M271 + M272 + M273 + M274 + M275 + M276 + M277 + M278 + M279 + M280 + M281 + M282 + M283 + M284 + M285 + M286 + M287 + M288 + M289 + M290 + M291 + M292 + M293 + M294 + M295 + M296 + M297 + M298 + M299 + M300	M301 + M302 + M303 + M304 + M305 + M306 + M307 + M308 + M309 + M310 + M311 + M312 + M313 + M314 + M315 + M316 + M317 + M318 + M319 + M320 + M321 + M322 + M323 + M324 + M325 + M326 + M327 + M328 + M329 + M330	
4.047.190	1.472	4.045.718	4.047.190	1.472	4.045.718	4.191.502	112.422	4.079.080	-144.312	-110.950	-33.362	211.160.359	268.391.803	7.901.744.678				
205.558	4.681	200.877	205.558	4.681	200.877	309.349	1.810	307.539	-103.791	2.871	-106.662	12.555.957	18.032.459	222.639.625				
1.689.584	2.037	1.687.547	1.689.584	2.037	1.687.547	1.426.684	30.641	1.396.043	262.900	-28.604	291.504	923.233.996	338.332.405	18.168.729.951				
29.406	0	29.406	29.406	0	29.406	107.465	9.554	97.911	-78.059	-9.554	-68.505	33.531.521	25.193.208	898.754.737				
86.838	4.316	82.522	86.838	4.316	82.522	36.084	1.193	34.891	50.754	3.123	47.631	44.826.592	65.567.028	917.697.919				
2.779.258	6.190	2.773.068	2.779.258	6.190	2.773.068	2.732.193	24.207	2.727.986	27.065	-18.017	45.082	330.093.635	245.964.972	8.760.616.810				
1.352.788	0	1.352.788	1.352.788	0	1.352.788	1.242.734	2.656	1.240.078	110.054	-2.656	112.710	106.565.580	76.499.119	2.245.102.265				
37.719	0	37.719	37.719	0	37.719	54.422	153.942	-99.520	-16.703	-153.942	137.239	147.824.863	187.617.290	2.907.413.650				
657.588	21.770	635.818	657.588	21.770	635.818	634.782	40.329	594.453	22.806	-18.559	41.365	577.042.441	252.037.269	8.262.811.970				
300.709	349.539	-48.830	300.709	349.539	-48.830	203.378	511.191	-307.813	97.331	-161.652	258.983	328.632.551	180.190.159	6.903.399.328				
10.090	3.764	6.326	10.090	3.764	6.326	4.200	19.300	-15.100	5.890	-15.536	21.426	103.894.195	92.707.542	1.622.982.983				
59.940	0	59.940	59.940	0	59.940	64.194	7.370	56.824	-4.254	-7.370	56.246	120.964.777	147.710.756	2.751.222.162				
6.580	6.028.625	-6.022.045	6.580	6.028.625	-6.022.045	139.802	4.833.284	-4.673.482	-153.222	1.195.341	-1.348.563	275.384.247	531.385.341	10.039.814.118				
1.725	1.873.311	-185.586	1.725	1.873.311	-185.586	8.971	71.449	-62.478	-7.246	115.862	-123.108	96.638.827	173.512.575	2.287.996.463				
4.261	1.351	2.910	4.261	1.351	2.910	10.808	6.466	4.342	-6.547	-5.115	-1.432	90.241.905	65.089.216	585.966.967				
95.350	6.091	89.259	95.350	6.091	89.259	137.998	70.404	67.594	-42.648	-64.313	21.665	149.746.723	402.679.431	9.729.759.754				
23.931	280	23.651	23.931	280	23.651	236.049	17.499	218.550	-212.118	-17.219	-194.899	128.082.931	315.111.679	6.921.603.605				
305.708	0	305.708	305.708	0	305.708	569.016	0	569.016	-263.308	0	-263.308	70.228.125	104.886.409	985.991.309				
68.654	59.724	8.930	68.654	59.724	8.930	19.120	0	19.120	49.534	59.724	-10.190	23.709.993	298.397.871	3.164.602.276				
6.556	602.933	-596.377	6.556	602.933	-596.377	5.470	875.027	-869.557	1.086	-272.094	273.180	76.218.506	238.469.197	8.643.074.154				
0	5.714.172	-5.714.172	0	5.714.172	-5.714.172	0	6.284.320	-6.284.320	0	-570.148	570.148	18.194.660	84.681.646	2.866.884.577				
1.226.433	1.610	1.224.823	1.226.433	1.610	1.224.823	1.058.505	139.662	898.843	-167.928	-158.052	325.900	206.199.009	-156.442	206.355.451				
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37.321.540				
12.995.866	12.995.866	0	12.995.866	12.995.866	0	13.232.726	13.232.726	0	-236.860	-236.860	0	4.112.281.134	4.112.281.134	107.032.486.290				

FSN 2015 - Ripartizione della quota vincolata per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica (L. 362/99)

Importi in unità di euro

REGIONE	FINANZIAMENTO 2015										TOTALE FSN 2015		
	QUOTA PER ASSISTENZA 2015 pari a € 3.100.000					QUOTA PER RICERCA 2015 pari a € 1.290.000							
	DATI grezzi	1	2	3 = 1 + 2	4	5	TOTALE ASSISTENZA DA RIPARTIRE	6 = 3 + (5 - 4)	7	8		9 = 7 + 8	10
N° PAZIENTI (dati 2010)	POPOLAZIONE RESIDENTE (1 gennaio 2015)	QUOTA PER PAZIENTI	QUOTA PER POPOLAZIONE RESIDENTE	TOTALE ASSISTENZA LORDO	COMPARTI CIPAZIONE SICILIA	RIPARTO COMPARTEC IPAZIONE	TOTALE ASSISTENZA DA RIPARTIRE	QUOTA PER PAZIENTI	QUOTA PER POPOLAZIONE RESIDENTE	TOTALE RICERCA NETTO	COMPARTEC IPAZIONE SICILIA	RIPARTO COMPARTEC IPAZIONE	TOTALE RICERCA DA RIPARTIRE
PIEMONTE	339	4.424.467	117.946,13	120.906,32	238.852,45	12.016,52	250.868,97	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	28.982,35	604.647,02	125.814,81	113.744,29	239.559,10	12.052,07	251.611,18	856.258,19
VENETO	451	4.927.596	136.913,38	134.655,20	291.568,78	14.668,65	306.237,43	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	92.947,67	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	236.268,43	43.000,00	50.608,75	93.608,75	4.709,40	98.318,15	334.586,58
TOSCANA	281	3.752.654	97.766,55	102.547,85	200.314,40	10.077,70	210.392,10	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	8.686,87	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	100.786,08	22.296,30	17.634,81	39.931,10	2.008,91	41.940,01	142.776,09
LAZIO	505	5.892.425	175.701,46	161.020,84	336.722,30	16.940,29	353.662,60	73.114,48	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	15.141,93	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	3.379,97	3.563,22	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	43.868,69	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	222.270,03	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	6.557,00	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	22.477,17	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	119.870,69	58.868,50	178.739,19	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	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.

COMPARTECIPAZIONE SICILIA

200.335,42

stanziano	euro	euro
4.190.000	3.100.000	1.550.000,00
	1.290.000	1.550.000,00
		645.000,00
		645.000,00



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

IL PRESIDENTE

Prot. n. 5413/C7SAN

Roma, 26 novembre 2015

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 del 25 novembre u.s. ha definito l'Accordo politico per la ripartizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2015.

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 per € 274.287.500, nonché di 101 milioni di euro dalle 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 2015 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.

Sergio Chiamparino

All.to: c.s.

Riparto fabbisogno 2015

regioni	finale 2015: fabbisogno indistinto, quota premiale e 101 mln obiettivi di piano
Piemonte	7.958.947.057
Valle d'Aosta	228.000.000
Lombardia	17.574.750.000
Bolzano	890.000.000
Trento	938.000.000
Veneto	8.672.000.000
Friuli	2.214.000.000
Liguria	3.019.861.016
Emilia-Romagna	7.933.750.000
Toscana	6.751.500.000
Umbria	1.622.486.370
Marche	2.801.131.211
Lazio	10.290.500.000
Abruzzo	2.377.090.059
Molise	567.822.495
Campania	10.077.578.888
Puglia	7.107.862.426
Basilicata	1.037.755.871
Calabria	3.456.348.395
Sicilia	8.801.000.000
Sardegna	2.932.000.000
TOTALE	107.252.383.789

Riparto FSN indistinto 2015

	indistinta 2015 (old benchmark)	riparto fondo premialità in % su perdita oltre 0,5%	da obiettivi di piano	finale 2015
Piemonte	7.948.000.000	4.044.736	6.902.322	7.958.947.057
Valle d'Aosta	228.000.000	-	-	228.000.000
Lombardia	17.576.000.000	-	1.250.000	17.574.750.000
Bolzano	890.000.000	-	-	890.000.000
Trento	938.000.000	-	-	938.000.000
Veneto	8.666.000.000	-	6.000.000	8.672.000.000
Friuli	2.214.000.000	-	-	2.214.000.000
Liguria	2.920.000.000	74.152.221	25.708.795	3.019.861.016
Emilia-Romagna	7.935.000.000	-	1.250.000	7.933.750.000
Toscana	6.752.000.000	-	500.000	6.751.500.000
Umbria	1.607.000.000	11.499.470	3.986.900	1.622.486.370
Marche	2.769.000.000	24.601.721	7.529.490	2.801.131.211
Lazio	10.292.000.000	-	1.500.000	10.290.500.000
Abruzzo	2.359.000.000	13.432.850	4.657.209	2.377.090.059
Molise	558.000.000	7.293.735	2.528.760	567.822.495
Campania	9.943.000.000	99.932.125	34.646.764	10.077.578.888
Puglia	7.104.000.000	2.868.061	994.365	7.107.862.426
Basilicata	1.014.000.000	17.640.023	6.115.848	1.037.755.871
Calabria	3.431.000.000	18.822.558	6.525.837	3.456.348.395
Sicilia	8.801.000.000	-	-	8.801.000.000
Sardegna	2.932.000.000	-	-	2.932.000.000
TOTALE	106.877.000.000	274.287.500	101.096.289	107.252.383.789



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA RICERCA E INNOVAZIONE IN SANITÀ
UFFICIO II

VERBALE DELLA CONFERENZA DEI SERVIZI DEL 23 DICEMBRE 2014

Il giorno 23 dicembre 2014, alle ore 10.30, ha luogo in Roma, presso la sede del Ministero della Salute di Lungotevere Ripa n. 1, la riunione tra i rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del responsabile del Coordinamento della Mobilità Interregionale, della Regione Lazio e dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma - come da convocazione che si allega in copia (all. 1) - concernente i seguenti punti all'ordine del giorno:

- mobilità sanitaria dell'Ospedale Bambino Gesù anno 2013;
- minori stranieri non iscritti al S.S.N. anno 2013;
- procedure per la conferma della qualifica di IRCCS dell'Ospedale Bambino Gesù;
- varie ed eventuali.

Sono presenti all'incontro:

- per il Ministero della Salute: il dott. Giovanni Leonardi e la dott.ssa Teresa Caruso, Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità; il dott. Giuseppe Viggiano e il dott. Vincenzo Langella Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure; la dott.ssa Stefania Ricci e il dott. Salvatore Maiorino, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; dott.ssa Grazia Corbello, Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale;
- per il Ministero dell'Economia e delle Finanze: il dott. Rocco Aprile e la dott.ssa Barbara Filippi, Ispettorato Generale per la Spesa Sociale;
- per la Regione Lazio: la dott.ssa Flori Degrossi e il dott. Emidio Di Virgilio, Direzione regionale della salute ed integrazione socio-sanitaria;
- per l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù: il prof. Giuseppe Profiti, il dott. Massimo Spina, la dott.ssa Marina Iannucci e il dott. Massimiliano Raponi;
- per il Coordinamento della Commissione salute: l'ing. Paolo Di Loreto e la dott.ssa Ombretta Checconi, che partecipano in rappresentanza anche delle altre Regioni.

Aprè i lavori il dott. Leonardi che introduce gli argomenti posti all'ordine del giorno, iniziando dalla mobilità sanitaria per l'anno 2013.

In merito, il dott. Di Loreto rappresenta che gli addebiti trasmessi dall'Ospedale Bambino Gesù alle regioni coincidono con quelli inviati dalle regioni medesime e risultano pari, nel totale, a Euro 191.097.029,12. Tali valori risultano dalla tabella (Modello M) allegata alla nota del Regione Lazio del 22 ottobre 2014, prot. n. 586461 (All. 2), che si acquisisce agli atti, su parere unanime di tutti i partecipanti alla Conferenza dei servizi.

Relativamente al secondo punto all'ordine del giorno, l'ing. Di Loreto richiama, innanzitutto, la soluzione individuata per gli anni 2011 - 2012, nell'ambito della Conferenza dei Servizi del 31 ottobre 2013, nella quale tutti i partecipanti hanno condiviso la soluzione che il rimborso delle prestazioni pregresse rese dall'Ospedale fosse imputato alla Regione Lazio, nella matrice di mobilità 2012.

Quindi, passa a illustrare la situazione per l'anno 2013, esaminata già in Commissione salute, proponendo la soluzione che il finanziamento delle prestazioni effettuate dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù a favore dei minori STP, pari a euro 1.316.000,00, sia coperta con pari somma da porre nella quota vincolata agli obiettivi di piano (risorse del riparto 2015), nella sezione Ministero della Salute.

Tale soluzione, proposta per risolvere il problema della Regione Lazio e dell'Ospedale Bambino Gesù, deriva dall'accettazione temporanea delle risultanze del Tavolo tecnico (composto dai rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Ministero della salute, del Ministero dell'Interno, della Regione Lazio e dell'Ospedale Bambino Gesù) il quale ha concluso che, a partire dall'anno 2013, il rimborso dei ricoveri dei minori STP all'Ospedale dovesse essere posto a carico del Fondo Sanitario Nazionale, ai sensi dall'art. 35, commi 3, lett. a) e b), e comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e non sulle risorse del Ministero dell'Interno, il quale finanzia le prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali. Più in particolare, si può utilizzare la quota di Euro 30.099.000, che ogni anno viene accantonata nel FSN e divisa tra le regioni per la tutela sociale della gravidanza e maternità, pur non essendoci tra i criteri di riparto i ricoveri dei minori.

Tale soluzione, tuttavia, è transitoria in quanto è intenzione delle regioni richiedere, nelle forme consuete, ai Ministeri competenti un tavolo per la riconsiderazione complessiva della problematica degli stranieri irregolari. Tale elemento informativo viene annotato a verbale.

La dott.ssa Filippi, quindi, rappresenta che non vi sono ragioni ostative alla soluzione prospettata dalle regioni in quanto è una cifra limitata su cui il Ministero della salute propone degli interventi e se questo è uno di quelli non vi sono problemi. Questa è, d'altronde, già una spesa oggettivamente a carico del SSN ed di fatto è sempre stata sopportata dalla regione Lazio.

Il dott. Maiorino, nel condividere i termini della proposta, osserva che si tratta di una soluzione praticabile tecnicamente e probabilmente la più semplice e immediata per risolvere in problema.

Il dott. Viggiano precisa che, chiaramente, la questione riguarda esclusivamente i costi pediatrici sostenuti dall'Ospedale Bambino Gesù.

Anche la dott.ssa Flori Degrassi condivide la proposta di non includere le prestazioni a minori stranieri non iscritti al S.S.N. per l'anno 2013 nelle poste a carico della regione Lazio.

La Conferenza dei servizi concorda all'unanimità in merito alla soluzione proposta dalle regioni.

In relazione a tale punto all'ordine del giorno, inoltre, la Regione Lazio rappresenta che, in sede di Conferenza dei Servizi del 31.10.2013, fu evidenziato come l'addebito alla Regione medesima nella Matrice della Mobilità delle quote relative alle annualità 2011-2012 avrebbe dovuto rappresentare una soluzione temporanea e transitoria in attesa del concretizzarsi di quanto disposto nella Conferenza richiamata in merito all'impegno dei Ministeri affiancanti alla realizzazione di un parziale/totale ristoro delle prestazioni anticipate. A riguardo, la Regione Lazio ne auspica una tempestiva realizzazione.

Al termine della discussione di tale ordine del giorno, l'ing. Di Loreto e la dott.ssa Checconi lasciano la riunione.

Si passa, quindi, all'ultimo argomento all'ordine del giorno, in merito alla conferma del carattere scientifico di IRCCS. Il dott. Leonardi illustra l'argomento che riguarda, in modo particolare, i nuovi ambulatori e laboratori di viale San Paolo.

Su questo punto, la Conferenza dei servizi del 25 luglio 2012 si era conclusa con un impegno dell'ASL di competenza di procedere a un sopralluogo ai fini di una conferma della rispondenza della nuova struttura ai requisiti di autorizzazione e accreditamento nazionali. Successivamente, la ASL medesima ha comunicato che, essendo la questione extraterritoriale, dovrebbe essere il Ministero della salute a procedere alla verifica.

Il dott. Leonardi, quindi, richiama l'Accordo internazionale 15 febbraio 1995, ratificato con legge 18 maggio 1995, n. 187, e più in particolare l'art. 1 che, così come formulato, appare abbastanza ampio da ricomprendere tutte le sedi dell'Ospedale.

L'art. 4, inoltre, stabilisce che "L'attività sanitaria dell'ospedale e delle dipendenti strutture è sottoposta alla vigilanza e al controllo delle autorità e istituzioni sanitarie competenti secondo l'ordinamento vigente." Tale norma può essere considerata la fonte della competenza della ASL in merito alla verifica della rispondenza della nuova sede di San Paolo ai requisiti per l'accREDITAMENTO e l'autorizzazione delle strutture sanitarie.

Ciò posto, si propone di coinvolgere nella site - visit, che sarà effettuata ai fini della conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS, non solo la regione Lazio, come già avviene, ma anche la competente ASL.

Si individua tale soluzione operativa al fine di giungere a una soluzione formalizzata in merito alla corrispondenza dei requisiti previsti dalla normativa in materia di autorizzazione e accreditamento regionale di tale nuova sede.

Il prof. Profiti, quindi, prende la parola e rappresenta che la Conferenza dei servizi del 25 luglio 2012 era stata richiesta proprio per segnalare che non si trattava di apertura una nuova sede ma esclusivamente di trasferimento di attività ambulatoriali. In altre parole, l'apertura della sede di viale San Paolo doveva configurarsi come una diversa organizzazione dell'attività sanitaria, senza oneri incrementali.

L'Istituto, pur ritenendo che il controllo sull'attività sanitaria, di cui all'art. 4 del citato accordo internazionale, non fosse estensibile, per analogia, a forme ispettive sugli aspetti di carattere strutturale, in quanto norma di controllo, aveva richiesto in tale sede l'avvio di un iter procedurale analogo a quello previsto dall'ordinamento italiano per l'autorizzazione e l'accreditamento delle normali strutture sanitarie. Sono stati, quindi, trasmessi alla ASL RM C, indicata dalla Regione Lazio come interlocutore tecnico, tutti i documenti attestanti i requisiti per l'autorizzazione e accreditamento sanitari. Sono seguite delle riunioni tecniche, documentate da appositi verbali, ma, all'atto conclusivo, in luogo del rilascio del parere definitivo, la ASL si è posta il problema dell'irritualità tanto del soggetto, quanto della procedura, trasmettendo una comunicazione nella quale riteneva che il soggetto avesse i requisiti autorizzativi, ma l'accreditamento spettasse all'organo che aveva promosso l'apertura del procedimento, ossia alla Conferenza dei servizi.

Ciò posto, il prof. Profiti concorda in merito alla soluzione proposta di acquisire, in occasione della site - visit, il parere sull'accreditamento della nuova sede di San Paolo da parte della competente ASL.

Il Dott. Viggiano ritiene che la soluzione sia pratica e coerente con la particolare natura dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e possa essere uno strumento per trovare una conclusione formalizzata di uno degli aspetti che rientra nei fini della site - visit.

La dott.ssa Degrassi concorda con la proposta ma sottolinea la necessità di avviare un procedimento speciale simile a quello previsto per le strutture pubbliche, anche se con modalità più leggere. Mancherebbe, tuttavia, la richiesta di accreditamento.

Il prof. Profiti interviene rappresentando che, proprio con la citata Conferenza dei Servizi del 25 luglio 2012, si era inteso avviare un procedimento sostitutivo e che, quindi, il verbale della Conferenza dei Servizi dovrebbe essere inteso come istanza di accreditamento e autorizzazione.

La dott.ssa Degrassi, allora, si impegna a prendere visione del verbale della Conferenza sopra citato e condivide la soluzione proposta.

La Conferenza dei servizi, sul punto, concorda, all'unanimità, in merito alla soluzione di coinvolgere la competente ASL durante la site - visit presso l'Ospedale Bambino Gesù per giungere a una soluzione formalizzata in merito alla corrispondenza dei requisiti, ai fini di concludere la procedura della conferma del carattere scientifico.

Relativamente, infine, alle varie ed eventuali, il Prof. Profiti porta all'attenzione della Conferenza un problema procedurale relativo alla struttura del sistema informativo di riconoscimento delle prestazioni

rese dall'Ospedale Bambino Gesù nei confronti dei minori stranieri, in possesso di idoneo attestato, il cui onere è carico del Paese di origine (mobilità internazionale). Bisogna capire sostanzialmente se la produzione dell'Istituto rientri in quella della Regione Lazio e vada in compensazione complessiva nazionale e a sua volta internazionale o se il sistema informatico possa considerare il Bambino Gesù, nel riparto, come un sorta di ventunesima regione. Ciò allevierebbe la Regione Lazio dalla funzione di anticipatore di cassa che svolge già nei confronti di tutte le altre strutture.

Sul punto, la Regione Lazio condivide ed auspica la soluzione che l'Ospedale Pediatrico possa essere considerato, limitatamente all'applicativo telematico ASPE, come un'ulteriore regione così da poterne curare direttamente ed autonomamente la rendicontazione.

La dott.ssa Filippi afferma che, da un punto di vista contabile, non vi dovrebbero essere problemi. Si chiede, sostanzialmente, che il sistema informativo generi una sorta ventunesima regione.

La dott.ssa Ricci si incarica, su questo punto, di procedere agli opportuni approfondimenti e verifiche, anche con il sistema informativo.

La Conferenza si conclude alle ore 11.30.

Roma, 23 dicembre 2014

Letto, approvato e sottoscritto

Il Presidente della Conferenza dei servizi

dott. Giovanni Leonardi





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.IV EX DGPROG

Proposta di deliberazione per il CIPE

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2015: 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 2015, 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, in corso di predisposizione.

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 2015 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.480,00 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 **888,073 mln** di euro, a valere sui complessivi 1.480,00 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 591,927 mln di euro, sono destinati:

- **100,211 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 2015, in coerenza con quanto richiesto dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota n. 5413 del 26 novembre 2015;
- **400,000 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'articolo 1, comma 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 2013, in coerenza con quanto stabilito dalla Conferenza dei servizi in data 23 dicembre 2014 (si veda allegato 1);
- **30,000 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 2). 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 **60,400 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 3, della legge 231/2012 in materia di Piano sanitario straordinario in favore del territorio della provincia di Taranto;
- b) **€ 25 milioni**, ai sensi dell'articolo 2, comma 4-*octies* del D.L. 10 dicembre 2013, n. 136, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, L. 6 febbraio 2014, n. 6, per il finanziamento di una offerta di esami sanitari finalizzati alla prevenzione ed il controllo dello stato di salute della popolazione residente nei territori della regione Campania specificatamente individuati e nei comuni di Taranto e Statte, oggetto di emergenze ambientali ed industriali;
- c) **€ 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);
- d) **€ 10 milioni** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle Regioni nel campo della salute umana, in relazione al quale è previsto il parere a consuntivo da parte della Conferenza Stato - Regioni;
- e) **€ 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;
- f) **€ 0,400 milioni** destinati, come richiesto dal coordinatore della Commissione Salute, con nota n. PG/2015/883579 del 22/12/2015, al finanziamento del primo anno di attività del Programma triennale del Mattone Internazionale Salute, il cui coordinamento è stato affidato alla Regione Veneto come convenuto dalla Commissione Salute il 16 dicembre 2015. L'erogazione della citata somma in favore della Regione Veneto è subordinata all'approvazione in Conferenza Stato-

Regioni di una relazione inerente l'attività svolta preventivamente valutata dal Ministero della Salute.

Si allega alla presente proposta l'unita tabella, nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **888,073 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



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2015

1.480.000.000 Importo iniziale

-25.000.000 terra dei fuochi

-10.000.000 taranto (art. 3-bis D.L. 207/2012)

-10.000.000 malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (INMEP)

-5.000.000 progetto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità

-1.316.000 progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida

-400.000.000 finanziamento prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP anno 2013

-100.210.555 quota per farmaci innovativi a valere sul FSN (art. 1, c. 593 della L. 190/2014)

-30.000.000 destinato ad alimentare la quota di riequilibrio presente in Tabella A del riparto

-400.000 contributo di solidarietà alla Regione Molise (nota Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome n. 5762 del 17/12/2015)

-888.073.445 finanziamento primo anno del Programma triennale Mattone Internazionale Salute (nota n. Del

888.073.445 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	69.273.348	-	3.355.355	72.628.704	50.840.093	21.788.611
VAL D'AOSTA	128.298	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	156.009.741	-	7.585.621	164.195.362	114.936.753	49.258.609
BOLZANO	518.518	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	537.416	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	77.150.779	-	3.736.910	80.887.689	56.621.382	24.266.307
FRIULI	1.227.122	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	24.788.959	-	1.200.689	25.989.648	18.192.754	7.796.894
EMILIA R.	4.450.508	4.450.508	69.081.069	-	3.375.104	73.056.173	51.139.321	21.916.852
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	58.754.853	-	2.845.877	61.600.730	43.120.511	18.480.219
UMBRIA	894.762	894.762	14.009.181	-	678.555	14.687.736	10.281.415	4.406.321
MARCHE	1.550.796	1.550.796	24.280.627	-	1.176.067	25.456.694	17.819.686	7.637.008
LAZIO	5.892.425	5.892.425	92.256.990	-	4.468.602	96.725.592	67.707.914	29.017.678
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	20.848.294	-	1.009.817	21.858.112	15.300.678	6.557.433
MOLISE	313.348	313.348	4.906.052	-	237.632	5.143.684	3.600.579	1.543.105
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	91.773.255	-	4.445.171	96.218.427	67.352.899	28.865.528
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	64.038.283	-	3.101.787	67.140.070	46.998.049	20.142.021
BASILICATA	576.619	576.619	9.028.054	-	437.287	9.465.341	6.625.739	2.839.602
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	30.947.874	-	1.499.005	32.446.879	22.712.816	9.734.064
SICILIA (*)	5.092.080	5.092.080	79.726.085	39.153.480	-	40.572.605	28.400.823	12.171.781
SARDEGNA	1.663.286	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.795.612	56.720.972	888.073.445	39.153.480	888.073.445	927.226.925	621.651.411	266.422.033

(*) 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.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA RICERCA E INNOVAZIONE IN SANITÀ
UFFICIO II

VERBALE DELLA CONFERENZA DEI SERVIZI DEL 23 DICEMBRE 2014

Il giorno 23 dicembre 2014, alle ore 10.30, ha luogo in Roma, presso la sede del Ministero della Salute di Lungotevere Ripa n. 1, la riunione tra i rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del responsabile del Coordinamento della Mobilità Interregionale, della Regione Lazio e dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma - come da convocazione che si allega in copia (all. 1) - concernente i seguenti punti all'ordine del giorno:

- mobilità sanitaria dell'Ospedale Bambino Gesù anno 2013;
- minori stranieri non iscritti al S.S.N. anno 2013;
- procedure per la conferma della qualifica di IRCCS dell'Ospedale Bambino Gesù;
- varie ed eventuali.

Sono presenti all'incontro:

- per il Ministero della Salute: il dott. Giovanni Leonardi e la dott.ssa Teresa Caruso, Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità; il dott. Giuseppe Viggiano e il dott. Vincenzo Langella Direzione generale della vigilanza sugli enti e della sicurezza delle cure; la dott.ssa Stefania Ricci e il dott. Salvatore Maiorino, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria; dott.ssa Grazia Corbello, Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale;
- per il Ministero dell'Economia e delle Finanze: il dott. Rocco Aprile e la dott.ssa Barbara Filippi, Ispettorato Generale per la Spesa Sociale;
- per la Regione Lazio: la dott.ssa Flori Degrassi e il dott. Emidio Di Virgilio, Direzione regionale della salute ed integrazione socio-sanitaria;
- per l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù: il prof. Giuseppe Profiti, il dott. Massimo Spina, la dott.ssa Marina Iannucci e il dott. Massimiliano Raponi;
- per il Coordinamento della Commissione salute: l'ing. Paolo Di Loreto e la dott.ssa Ombretta Checconi, che partecipano in rappresentanza anche delle altre Regioni.

Aprè i lavori il dott. Leonardi che introduce gli argomenti posti all'ordine del giorno, iniziando dalla mobilità sanitaria per l'anno 2013.

In merito, il dott. Di Loreto rappresenta che gli addebiti trasmessi dall'Ospedale Bambino Gesù alle regioni coincidono con quelli inviati dalle regioni medesime e risultano pari, nel totale, a Euro 191.097.029,12. Tali valori risultano dalla tabella (Modello M) allegata alla nota del Regione Lazio del 22 ottobre 2014, prot. n. 586461 (All. 2), che si acquisisce agli atti, su parere unanime di tutti i partecipanti alla Conferenza dei servizi.

Relativamente al secondo punto all'ordine del giorno, l'ing. Di Loreto richiama, innanzitutto, la soluzione individuata per gli anni 2011 - 2012, nell'ambito della Conferenza dei Servizi del 31 ottobre 2013, nella quale tutti i partecipanti hanno condiviso la soluzione che il rimborso delle prestazioni pregresse rese dall'Ospedale fosse imputato alla Regione Lazio, nella matrice di mobilità 2012.

Quindi, passa a illustrare la situazione per l'anno 2013, esaminata già in Commissione salute, proponendo la soluzione che il finanziamento delle prestazioni effettuate dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù a favore dei minori STP, pari a euro 1.316.000,00, sia coperta con pari somma da porre nella quota vincolata agli obiettivi di piano (risorse del riparto 2015), nella sezione Ministero della Salute.

Tale soluzione, proposta per risolvere il problema della Regione Lazio e dell'Ospedale Bambino Gesù, deriva dall'accettazione temporanea delle risultanze del Tavolo tecnico (composto dai rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, del Ministero della salute, del Ministero dell'Interno, della Regione Lazio e dell'Ospedale Bambino Gesù) il quale ha concluso che, a partire dall'anno 2013, il rimborso dei ricoveri dei minori STP all'Ospedale dovesse essere posto a carico del Fondo Sanitario Nazionale, ai sensi dall'art. 35, commi 3, lett. a) e b), e comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e non sulle risorse del Ministero dell'Interno, il quale finanzia le prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali. Più in particolare, si può utilizzare la quota di Euro 30.099.000, che ogni anno viene accantonata nel FSN e divisa tra le regioni per la tutela sociale della gravidanza e maternità, pur non essendoci tra i criteri di riparto i ricoveri dei minori.

Tale soluzione, tuttavia, è transitoria in quanto è intenzione delle regioni richiedere, nelle forme consuete, ai Ministeri competenti un tavolo per la riconsiderazione complessiva della problematica degli stranieri irregolari. Tale elemento informativo viene annotato a verbale.

La dott.ssa Filippi, quindi, rappresenta che non vi sono ragioni ostative alla soluzione prospettata dalle regioni in quanto è una cifra limitata su cui il Ministero della salute propone degli interventi e se questo è uno di quelli non vi sono problemi. Questa è, d'altronde, già una spesa oggettivamente a carico del SSN ed di fatto è sempre stata sopportata dalla regione Lazio.

Il dott. Maiorino, nel condividere i termini della proposta, osserva che si tratta di una soluzione praticabile tecnicamente e probabilmente la più semplice e immediata per risolvere in problema.

Il dott. Viggiano precisa che, chiaramente, la questione riguarda esclusivamente i costi pediatrici sostenuti dall'Ospedale Bambino Gesù.

Anche la dott.ssa Flori Degrassi condivide la proposta di non includere le prestazioni a minori stranieri non iscritti al S.S.N. per l'anno 2013 nelle poste a carico della regione Lazio.

La Conferenza dei servizi concorda all'unanimità in merito alla soluzione proposta dalle regioni.

In relazione a tale punto all'ordine del giorno, inoltre, la Regione Lazio rappresenta che, in sede di Conferenza dei Servizi del 31.10.2013, fu evidenziato come l'addebito alla Regione medesima nella Matrice della Mobilità delle quote relative alle annualità 2011-2012 avrebbe dovuto rappresentare una soluzione temporanea e transitoria in attesa del concretizzarsi di quanto disposto nella Conferenza richiamata in merito all'impegno dei Ministeri affiancanti alla realizzazione di un parziale/totale ristoro delle prestazioni anticipate. A riguardo, la Regione Lazio ne auspica una tempestiva realizzazione.

Al termine della discussione di tale ordine del giorno, l'ing. Di Loreto e la dott.ssa Checconi lasciano la riunione.

Si passa, quindi, all'ultimo argomento all'ordine del giorno, in merito alla conferma del carattere scientifico di IRCCS. Il dott. Leonardi illustra l'argomento che riguarda, in modo particolare, i nuovi ambulatori e laboratori di viale San Paolo.

Su questo punto, la Conferenza dei servizi del 25 luglio 2012 si era conclusa con un impegno dell'ASL di competenza di procedere a un sopralluogo ai fini di una conferma della rispondenza della nuova struttura ai requisiti di autorizzazione e accreditamento nazionali. Successivamente, la ASL medesima ha comunicato che, essendo la questione extraterritoriale, dovrebbe essere il Ministero della salute a procedere alla verifica.

Il dott. Leonardi, quindi, richiama l'Accordo internazionale 15 febbraio 1995, ratificato con legge 18 maggio 1995, n. 187, e più in particolare l'art. 1 che, così come formulato, appare abbastanza ampio da ricomprendere tutte le sedi dell'Ospedale.

L'art. 4, inoltre, stabilisce che "L'attività sanitaria dell'ospedale e delle dipendenti strutture è sottoposta alla vigilanza e al controllo delle autorità e istituzioni sanitarie competenti secondo l'ordinamento vigente." Tale norma può essere considerata la fonte della competenza della ASL in merito alla verifica della rispondenza della nuova sede di San Paolo ai requisiti per l'accreditamento e l'autorizzazione delle strutture sanitarie.

Ciò posto, si propone di coinvolgere nella site - visit, che sarà effettuata ai fini della conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS, non solo la regione Lazio, come già avviene, ma anche la competente ASL.

Si individua tale soluzione operativa al fine di giungere a una soluzione formalizzata in merito alla corrispondenza dei requisiti previsti dalla normativa in materia di autorizzazione e accreditamento regionale di tale nuova sede.

Il prof. Profiti, quindi, prende la parola e rappresenta che la Conferenza dei servizi del 25 luglio 2012 era stata richiesta proprio per segnalare che non si trattava di apertura una nuova sede ma esclusivamente di trasferimento di attività ambulatoriali. In altre parole, l'apertura della sede di viale San Paolo doveva configurarsi come una diversa organizzazione dell'attività sanitaria, senza oneri incrementali.

L'Istituto, pur ritenendo che il controllo sull'attività sanitaria, di cui all'art. 4 del citato accordo internazionale, non fosse estensibile, per analogia, a forme ispettive sugli aspetti di carattere strutturale, in quanto norma di controllo, aveva richiesto in tale sede l'avvio di un iter procedurale analogo a quello previsto dall'ordinamento italiano per l'autorizzazione e l'accreditamento delle normali strutture sanitarie. Sono stati, quindi, trasmessi alla ASL RM C, indicata dalla Regione Lazio come interlocutore tecnico, tutti i documenti attestanti i requisiti per l'autorizzazione e accreditamento sanitari. Sono seguite delle riunioni tecniche, documentate da appositi verbali, ma, all'atto conclusivo, in luogo del rilascio del parere definitivo, la ASL si è posta il problema dell'irritualità tanto del soggetto, quanto della procedura, trasmettendo una comunicazione nella quale riteneva che il soggetto avesse i requisiti autorizzativi, ma l'accreditamento spettasse all'organo che aveva promosso l'apertura del procedimento, ossia alla Conferenza dei servizi.

Ciò posto, il prof. Profiti concorda in merito alla soluzione proposta di acquisire, in occasione della site - visit, il parere sull'accreditamento della nuova sede di San Paolo da parte della competente ASL.

Il Dott. Viggiano ritiene che la soluzione sia pratica e coerente con la particolare natura dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e possa essere uno strumento per trovare una conclusione formalizzata di uno degli aspetti che rientra nei fini della site - visit.

La dott.ssa Degrassi concorda con la proposta ma sottolinea la necessità di avviare un procedimento speciale simile a quello previsto per le strutture pubbliche, anche se con modalità più leggere. Mancherebbe, tuttavia, la richiesta di accreditamento.

Il prof. Profiti interviene rappresentando che, proprio con la citata Conferenza dei Servizi del 25 luglio 2012, si era inteso avviare un procedimento sostitutivo e che, quindi, il verbale della Conferenza dei Servizi dovrebbe essere inteso come istanza di accreditamento e autorizzazione.

La dott.ssa Degrassi, allora, si impegna a prendere visione del verbale della Conferenza sopra citato e condivide la soluzione proposta.

La Conferenza dei servizi, sul punto, concorda, all'unanimità, in merito alla soluzione di coinvolgere la competente ASL durante la site - visit presso l'Ospedale Bambino Gesù per giungere a una soluzione formalizzata in merito alla corrispondenza dei requisiti, ai fini di concludere la procedura della conferma del carattere scientifico.

Relativamente, infine, alle varie ed eventuali, il Prof. Profiti porta all'attenzione della Conferenza un problema procedurale relativo alla struttura del sistema informativo di riconoscimento delle prestazioni

rese dall'Ospedale Bambino Gesù nei confronti dei minori stranieri, in possesso di idoneo attestato, il cui onere è carico del Paese di origine (mobilità internazionale). Bisogna capire sostanzialmente se la produzione dell'Istituto rientri in quella della Regione Lazio e vada in compensazione complessiva nazionale e a sua volta internazionale o se il sistema informatico possa considerare il Bambino Gesù, nel riparto, come un sorta di ventunesima regione. Ciò allevierebbe la Regione Lazio dalla funzione di anticipatore di cassa che svolge già nei confronti di tutte le altre strutture.

Sul punto, la Regione Lazio condivide ed auspica la soluzione che l'Ospedale Pediatrico possa essere considerato, limitatamente all'applicativo telematico ASPE, come un'ulteriore regione così da poterne curare direttamente ed autonomamente la rendicontazione.

La dott.ssa Filippi afferma che, da un punto di vista contabile, non vi dovrebbero essere problemi. Si chiede, sostanzialmente, che il sistema informativo generi una sorta ventunesima regione.

La dott.ssa Ricci si incarica, su questo punto, di procedere agli opportuni approfondimenti e verifiche, anche con il sistema informativo.

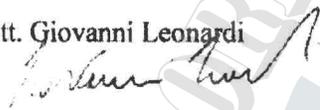
La Conferenza si conclude alle ore 11.30.

Roma, 23 dicembre 2014

Letto, approvato e sottoscritto

Il Presidente della Conferenza dei servizi

dott. Giovanni Leonardi





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

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 l'articolo ..., comma ..., della legge con il quale si dispone l'applicazione anche agli anni 2015 e 2016 delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 67-bis, quinto periodo, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, comportando, quindi, che il riparto della quota premiale per detti anni tenga anche 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 2015, approvata in Conferenza Stato-Regioni in data ... dicembre 2015 (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 274.287.500 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 2015;

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. 5413 del 26 novembre 2015;

RITENUTO di dover provvedere, pertanto, sulla base di quanto sopra specificato, alla ripartizione della quota premiale accantonata relativa all'anno 2015 pari a 274.287.500 euro;

ACQUISITA l'intesa sancita in Conferenza Stato regioni sul presente testo in data ... dicembre 2015 (Rep. Atti N. .../CSR);

Decreta

Art. 1

In applicazione di quanto previsto 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, come successivamente integrato e modificato, si provvede alla ripartizione fra le regioni e le province autonome delle quote premiali relative all'anno 2015 per complessivi 274.287.500 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	4.044.736
VALLE D'AOSTA	-
LOMBARDIA	-
P. A. BOLZANO	-
P. A. TRENTO	-
VENETO	-
FRIULI V. G.	-
LIGURIA	74.152.221
E. ROMAGNA	-
TOSCANA	-
UMBRIA	11.499.470
MARCHE	24.601.721
LAZIO	-
ABRUZZO	13.432.850
MOLISE	7.293.735
CAMPANIA	99.932.125
PUGLIA	2.868.061
BASILICATA	17.640.023
CALABRIA	18.822.558
SICILIA	-
SARDEGNA	-
TOTALE	274.287.500

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 2015.

**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, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, che prevede che il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, possano concludere in sede di Conferenza Stato-Regioni accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

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 l'articolo 1, 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, 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, alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2014 sancita da questa Conferenza il 04 Dicembre 2014 (Rep. Atti n. 172/CSR del 04.12.2014);

VISTO l'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 2014, sancito da questa Conferenza nella seduta del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR del 30.07.2015), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 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 "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 nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014) 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 dell'Intesa Stato - Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) 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 l'articolo 17 del Patto della Salute che al comma 2 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, 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);

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. n. 144/CSR del 30 ottobre 2014);

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 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 2015 (Rep. Atti n. _____/CSR del _____);

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

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. per l'anno 2015, debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-regioni del 30 Luglio 2015);
2. per l'anno 2015, 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;
3. a seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del _____, 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 II 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 2015, le Regioni potranno presentare un **unico specifico progetto, in conformità delle stesse linee progettuali individuate per l'anno 2015, 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 tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - c) i costi connessi;
 - d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
7. Le Regioni sono tenute:
 - a) a presentare almeno un progetto per le linee progettuali con risorse destinate;
 - b) a presentare solo un progetto nelle linee con risorse non vincolate, libere di presentare o meno un progetto su tutte le linee 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.

Il Sole **24 ORE**

Sannita

**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 2015**

1) Linea progettuale:

1. 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), che si ripropongono integralmente anche per il 2014, 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**

Sanita

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 sancita nella seduta del 20 dicembre 2012 (Rep. atti 259/CSR), 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 e ai *care giver*.

Le Regioni hanno facoltà di predisporre un programma regionale annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di almeno una attività progettuale in tema di formazione del personale e una attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente nelle segue aree assistenziali:

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

Il Sole **24 ORE**

Salvia

3) Linea progettuale:

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

Si confermano le indicazioni contenute nell'Accordo del 22 novembre 2012.

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 équipe 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 multi-professionali 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 relazione 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:

- ampliamento dell'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici, assicurando una copertura assistenziale di 7 giorni su 7 e pronta disponibilità medica h 24;
- assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica attraverso il coinvolgimento nella presa in carico e nella gestione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali dei medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- assicurare al paziente, soprattutto in età pediatrica, una adeguata assistenza domiciliare, garantendo che le figure del pediatra di libera scelta e il medico di medicina generale siano i responsabili clinici dei casi durante la gestione domiciliare;
- ampliamento della partecipazione delle equipe territoriali alla stesura e alla attuazione del piano assistenziale e alla continuità assistenziale nelle Reti di Cure Palliative e Terapia del Dolore pediatriche;
- implementazione dell'attivazione, in base al Programma Assistenziale Integrato (PAI), delle risorse già presenti nella rete per la presa in carico dei pazienti, ivi incluse le unità/servizi di base e specialistici (Unità di Cure Palliative Domiciliari ed altre reti domiciliari pediatriche e non, presenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari);

- sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico alla rete continuità assistenziale tra Hospice e domicilio;
- ampliamento degli interventi di equipe multi-specialistiche dedicate per i malati con bisogni assistenziali complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati, garantendo le prestazioni in continuità assistenziale, previa valutazione multi-dimensionale e la definizione di un piano di assistenza personalizzato.

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. analisi comparativa dell'offerta regionale di assistenza palliativa domiciliare rispetto ai contenuti dell'Intesa del 25 luglio 2012;
2. definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa;
3. accreditamento regionale degli erogatori;
4. definizione di procedure di valutazione multi-dimensionali e procedure di controllo atte a garantire il corretto accesso alle cure palliative domiciliari per pazienti non oncologici;
5. definizione di un piano di formazione e di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliative di base e specialistica;
6. definizione di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti.

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 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 2015, al punto 5.1 del Documento si prevede che la Regione delibera l'adozione del PRP, strutturato tenendo presente requisiti e criteri indicati ai punti 3 e 4 del Documento e corredato dal piano di monitoraggio e valutazione (punto 3.5.2 del Documento);

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”

Premessa

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.

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.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, alle Regioni è richiesta la presentazione di un progetto dettagliato nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzato 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 :
 - raccolta e conferimento alla Banca Dati nazionale dei dati regionali, al fine di calcolare i principali indicatori epidemiologici e di impatto;
 - valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento);
 - attività di formazione;
 - 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 destineranno il 5 per mille delle risorse assegnate 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 medico, 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'èquipe 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'èquipe 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 complicità, 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:

RETI ONCOLOGICHE

Premessa

L'intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 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 - ed ha confermato il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero della Salute nella lotta contro il cancro.

Con la finalità di dare seguito alle indicazioni dell'Intesa del 2011, con la suddetta intesa del 2014 è stato anche approvato il documento " Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali".

Obiettivo prioritario: "Costituzione di reti oncologiche regionali"

L'Intesa Stato-Regioni stipulata il 10 febbraio 2011- il cosiddetto "Piano oncologico nazionale" prevedeva, all'art 2, che, al fine di consentire a Regioni e Province Autonome di utilizzare al meglio le indicazioni programmatiche del citato Documento Tecnico, Ministero della Salute e Regioni si impegnassero 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 "generica" 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.

Nell'attuare il predetto mandato, con l'Intesa 30 ottobre 2014 è stato approvato il documento " Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali"(di seguito Guida), che 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 ritenuto dalle Regioni più idoneo al proprio contesto. Inoltre, le indicazioni di obiettivi e criteri per la creazione di reti, contenute nella Guida, siano pure 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 creazione di breast units e per la rete dei tumori rari.

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 finalizzato ad adottare iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione; tale progetto dovrà riguardare:

- il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali di cui all'Intesa del 30 ottobre 2014.
- il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica

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 2015

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2015

888.073.445 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2015 (al 31.12.2014)	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	69.273.348	72.628.704	8.178.232	19.627.756
VAL D'AOSTA	128.298		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	156.609.741	164.195.362	18.488.940	44.373.455
BOLZANO	518.518		-	-	-	-
TRENTO	537.416		-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	77.150.779	80.887.689	9.108.221	21.859.730
FRIULI	1.227.122		-	-	-	-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	24.788.959	25.989.648	2.926.520	7.023.648
EMILIA R.	4.450.508	4.450.508	69.681.069	73.056.173	8.226.366	19.743.279
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	58.754.853	61.600.730	6.936.445	16.647.469
UMBRIA	894.762	894.762	14.009.181	14.687.736	1.653.888	3.969.330
MARCHE	1.550.796	1.550.796	24.280.627	25.456.694	2.866.508	6.879.619
LAZIO	5.892.425	5.892.425	92.256.990	96.725.592	10.891.621	26.139.890
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	20.848.294	21.858.112	2.461.295	5.907.109
MOLISE	313.348	313.348	4.906.052	5.143.684	579.196	1.390.070
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	91.773.255	96.218.427	10.834.512	26.002.830
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	64.038.283	67.140.070	7.560.193	18.144.464
BASILICATA	576.619	576.619	9.028.054	9.465.341	1.065.829	2.557.989
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	30.947.874	32.446.879	3.653.626	8.768.702
SICILIA (*)	5.092.080	5.092.080	79.726.085	40.572.605	4.568.609	10.964.662
SARDEGNA	1.663.286		-	-	-	-
TOTALE	60.795.612	56.720.972	888.073.445	888.073.445	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 finanziata dalla Regione Siciliana ammonta a 39.153.480 euro, mentre la quota a carico dello Stato ammonta a 40.572.605 euro.