



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2017.

Rep. Atti n. 184/CSR del 26 ottobre 2017

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

Nella odierna seduta del 26 ottobre 2017:

VISTO il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con questa Conferenza, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche;

VISTO l'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa in questa Conferenza;

VISTO il decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 che, in attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, reca disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario;

VISTO l'articolo 26, comma 1, del predetto decreto legislativo n. 68 del 2011 il quale 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;

VISTO l'articolo 27 del citato decreto legislativo n. 68 del 2011, il quale al comma 5 stabilisce che il calcolo del costo medio standard deve essere determinato per ciascuno dei tre livelli di assistenza, ottenuto come media ponderata dei costi delle tre regioni benchmark, per poi essere applicato alla popolazione pesata regionale;

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza nella seduta del 2 febbraio 2017 (Rep. Atti n. 16/CSR) che ha provveduto ad individuare le tre regioni benchmark "Marche, Umbria e Veneto";



RP



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza del 27 luglio 2017 (Rep. Atti n. 119/CSR) che ha stabilito i criteri di rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Piano Nazionale Vaccini;

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza del 30 marzo 2017 (Rep. Atti n. 40/CSR) che ha stabilito i criteri di rimborso alle regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN svolti secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 543, della legge 208/2015;

VISTO l'articolo 1 del Nuovo Patto per la Salute 2014-2016 sul quale è stata acquisita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR);

VISTO l'articolo 1, comma 392, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, che ha individuato il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2017 pari ad € 113.000,00 milioni, rideterminato dal comma 394 della medesima legge in € 112.577,00 milioni per le specifiche finalità dal medesimo comma previste;

VISTA la nota del 22 settembre 2017, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza in pari data, con la quale il Ministero della salute, in attuazione delle citate disposizioni, ha inviato la proposta in epigrafe concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2017 (Allegato sub A);

CONSIDERATO che nella riunione tecnica del 18 ottobre 2017 la proposta in epigrafe è stata condivisa dalle regioni e che in data 25 ottobre il Ministero della salute ha trasmesso la nuova Tabella relativa al quadro di sintesi del fabbisogno finanziario sanitario per il SSN – anno 2017;

CONSIDERATO che le Regioni, nel corso dell'odierna Conferenza hanno espresso intesa con le considerazioni e le richieste formulate nel documento consegnato in seduta (Allegato sub B);

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano;

ESPRIME INTESA

nei termini di cui in premessa, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2017, come da Allegato sub A), quale parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Antonio Nardone



IL PRESIDENTE
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

Gianclaudio Bressa



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF. IV DGPROGS

Proposta per il CIPE

OGGETTO: Riparto disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale nell'anno 2017. 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 2017 è stato determinato dall'articolo 1, comma 392, della Legge 11 dicembre 2016, n. 232, pari a 113.000,00 milioni di euro. Tale importo è stato tuttavia rettificato in diminuzione di 423 milioni di euro con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, del 5 giugno 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 394, della citata Legge 232/2016. Pertanto, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato oggetto della presente proposta è rideterminato in complessivi **112.577,00 milioni di euro**.

Detto importo, inoltre, viene ridotto di 325 milioni di euro e di 500 milioni di euro per consentire il finanziamento, rispettivamente, di un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (articolo 1, comma 400, Legge 232/2016) e di un Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi (articolo 1, comma 401, Legge 232/2016). Le risorse di tali fondi saranno versate in favore delle regioni secondo specifiche modalità individuate con apposito decreto del Ministro della salute.

Al netto di detti importi, pertanto, lo stanziamento iniziale è quantificato in complessivi € **111.751,99 milioni** che comprende le seguenti componenti di finanziamento:

€ **108.948,66 mln: INDISTINTO**¹

€ **1.868,98 mln: VINCOLATO E PROGRAMMATO PER REGIONI E PA**²

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

- 50,00 mln di euro per la cura dalla dipendenza dal gioco d'azzardo (art. 1, comma 133, L. 190/2014).
- 69,00 mln di euro per il rinnovo delle convenzioni con il SSN (L. 133/08).
- 200,00 mln di euro per regolarizzazione dei lavoratori extracomunitari (L. 102/09).
- 100,00 mln di euro per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini - NPNV (art. 1, c. 408, L. 232/2016).
- 75,00 mln di euro per il concorso al rimborso alle regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio sanitario nazionale da svolgere ai sensi dell'articolo 1, comma 543, Legge 205/2015 (art. 1, c. 409, L. 232/2016).

² Di cui:

- 1.500,00 mln di euro per obiettivi di piano (L. 662/96 e L. 133/08), inclusi i 175 mln destinati al finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (articolo 1, comma 400, Legge 232/2016);
- 40,00 mln di euro per indennità di abbattimento animali (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)



€ **652,91 mln: VINCOLATO PER ALTRI ENTI** ³

€ **281,44 mln: ACCANTONAMENTO**, pari allo 0,25% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2017 (112.577,00 milioni di euro), effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67-bis, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, e di quanto stabilito, ad integrazione del citato comma 67-bis, dall'articolo 6, comma 4, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 25 febbraio 2016, n. 21, e come successivamente integrato dall'articolo 34, comma 2, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50; detto importo è ripartito con separato decreto tenendo conto dei contenuti dell'Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 23 febbraio 2017, nei termini trasmessi dal Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome con nota n. 919 inviata in data 27 febbraio 2017 (cfr. allegato 1).

IMPORTO DA RIPARTIRE

L'importo da ripartire con la presente proposta ammonta a € **109.382,74 mln** ed è costituito dalle seguenti quote di finanziamento:

- 1) € **108.948,66 mln: INDISTINTO** calcolato sottraendo alla quota di fabbisogno complessivo di 111.752,00 mln di euro l'importo di 1.868,98 mln di euro (ammontare complessivo degli obiettivi di piano e vincolate), l'importo di 281,44 mln di euro (per accantonamento ex articolo 2, comma 67-bis, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 in materia di meccanismi sanzionatori e premiali) e l'importo di 652,91 mln di euro (per somme vincolate spettanti ad altri enti del Ssn). La quota indistinta comprende, tra l'altro:
 - 50,00 mln di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità, in applicazione delle disposizioni contenute nell'articolo 1, comma 133, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190,
 - 100,00 mln di euro per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini - NPNV, ai sensi dell'articolo 1, comma 408, della Legge 232/2016, ripartiti sulla base dei criteri individuati con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 27 luglio 2017 (Rep. atti n. 119/CSR),
 - 75,00 mln di euro, ai sensi dell'articolo 1, comma 409, della Legge 232/2016 per il concorso al rimborso alle regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN svolti secondo quanto stabilito dall'articolo 1,

-
- 6,68 mln di euro per attività di medicina penitenziaria (d.lgs. 230/99, come rideterminato dall'art. 1, comma 513 della L. 147/2013)
 - 165,42 mln di euro per la medicina penitenziaria (art. 2, comma 283 della legge 244/07, come rideterminato dall'art. 1, comma 513, della L. 147/2013)
 - 55,00 mln di euro per il superamento degli OPG (ex art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito, con modificazione nella legge 17 febbraio 2012, n. 9, e s.m.i.)
 - 2,00 mln di euro per le prestazioni termali (art. 1, c. 567, L. 208/2015). La spesa autorizzata, ai sensi dell'articolo 1, comma 566, della citata legge 208/2015 è comunque di 5 milioni di euro, al cui finanziamento i predetti 2 milioni concorrono.

³ Di cui:

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



- comma 543, della legge 208/2015, ripartiti sulla base dei criteri individuati con intera sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 30 marzo 2017 (Rep. atti n. 40),
- 4,39 mln di euro per la prevenzione e la cura della fibrosi cistica ai sensi dell'articolo 3 della legge 14 ottobre 1999, n. 362, ripartiti sulla base dei criteri previsti dalla citata norma. Il dettaglio del riparto della quota di che trattasi è posto in una tabella allegata al presente riparto (cfr. allegato 2).
 - le quote relative al finanziamento AIDS (pari a 49,063 mln di euro ex lege 135/1990), hanseniani (ex lege 31/1986), immigrati (per la quota di 130 mln di euro ai sensi dell'articolo 5, comma 16, del D.Lgs 109/2012), screening neonatali (per la quota complessiva di 10 mln di euro ai sensi dell'articolo 1, comma 229, della legge 147/2013 e dell'articolo 1, comma 167, della legge 190/2014).
- 2) € **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 € 165,43 mln di euro di cui alla Legge 244/2007 alla cui ripartizione si provvederà con specifico riparto da formalizzare in separata sede;
- 3) € **427,40 mln: VINCOLATO PER ALTRI ENTI**, 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

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

Detto articolo 27 affida al Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, il compito di individuare le cinque migliori regioni che abbiano garantito l'erogazione dei LEA in condizione di equilibrio economico, che rispettino criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza e che non siano assoggettate a piano di rientro, risultando così adempienti, come verificato dal Tavolo di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. 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 del 31 gennaio 2017, il Ministero della salute ha trasmesso alla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni la documentazione relativa alla selezione delle cinque Regioni "eligibili" (avvenuta sulla base della procedura definita nell'Allegato 1 alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2012), risultate nell'ordine: Marche, Emilia Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto. Nel corso della seduta politica del 2 febbraio 2017 (Intesa n. 16/CSR), la Conferenza Stato-



Regioni ha provveduto ad individuare le seguenti 3 regioni benchmark: Marche (in quanto prima regione della graduatoria), Umbria e Veneto.

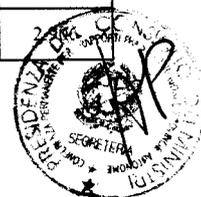
Il finanziamento **INDISTINTO**, pari a **108.948,66** mln di euro, viene ripartito tra le regioni e le province autonome, distintamente per ciascuna delle sue componenti; esso, come in precedenza ricordato, è comprensivo anche delle quote cosiddette finalizzate per un importo complessivo di € 494,00 mln di euro relative al rinnovo delle convenzioni con il SSN per 69 mln di euro (art. 79 del decreto legge 112/2008 convertito nella L.133/08), alla emersione degli stranieri per 200 mln di euro (articolo 1-ter, comma 17, DL 78/2009, conv. legge 102/2009), 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, della quota di 100,00 mln di euro per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini - NPNV, ai sensi dell'articolo 1, comma 408, della Legge 232/2016, ripartiti sulla base dei criteri individuati con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 27 luglio 2017 (Rep. atti n. 119/CSR), e di 75,00 mln di euro, ai sensi dell'articolo 1, comma 409, della Legge 232/2016 per il concorso al rimborso alle regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN svolti secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 543, della legge 208/2015, ripartiti sulla base dei criteri individuati con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 30 marzo 2017 (Rep. atti n. 40).

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 la prevenzione e la cura della fibrosi cistica, da ripartire con i criteri di riparto già adottati in passato.

Ai fini del riparto del finanziamento indistinto (con l'eccezione di talune quote finalizzate di cui si è detto in precedenza), dopo aver calcolato il costo medio pro-capite delle 3 regioni benchmark sopra indicate, rapportato alla popolazione pesata al 1.1.2016 calcolata utilizzando i pesi del riparto del FSN anno 2011 e anno 2015⁴ in coerenza con la normativa sopra citata, si è provveduto a moltiplicare lo stesso per la popolazione pesata di ciascuna regione e provincia autonoma, suddividendo i risultati per singoli Livelli Essenziali di Assistenza. Si è provveduto, quindi, a determinare in proporzione i singoli sub-livelli (prevenzione, medicina di base, farmaceutica, specialistica, altra territoriale e ospedaliera), mantenendo il peso del sub-livello della farmaceutica all'11,35% del livello di finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il medesimo anno, inclusi gli obiettivi di piano e le risorse vincolate di spettanza regionale ed al netto delle somme erogate per il finanziamento di attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie ("vincolato per altri enti" di cui sopra cfr. nota 3 e parte di quote accantonate tra le risorse destinate agli obiettivi di piano), così come fissato dalle precedenti disposizioni di legge in materia (Legge 135/2012 di conversione del decreto legge 95/2012), non contemplando quindi le novità introdotte con l'articolo 1, commi 398-399,

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

<i>Livello di assistenza</i>	meno di 1 anno	da 1 a 4 anni	da 5 a 14 anni	da 15 a 24 anni	da 25 a 44 anni	da 45 a 64 anni	da 65 a 74 anni	oltre 75 anni
Specialistica	0.389	0.221	0.279	0.390	0.650	1.156	2.177	2.074
Ospedaliera	3.122	0.366	0.226	0.363	0.528	0.930	2.079	



Legge 232/2016, in tema di tetti della spesa farmaceutica, per non escludere dal conteggio la spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto che rientra comunque nella spesa farmaceutica distrettuale, diversa da quella consumata in ambito ospedaliero. La predetta percentuale, rapportata al finanziamento complessivo "indistinto", si ridetermina in 11,66%. Pertanto, l'incidenza percentuale di ciascun sub-livello rispetto al finanziamento indistinto complessivo, è esposta nella tabella riepilogativa di seguito riportata:

<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	11,66 % 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	19,04 %	No	popolazione non pesata
Ospedaliera	44 %		Si (Anagrafica SDO)	50 % popolaz. non pesata; 50 % popolaz. pesata (v. Tab. pesi)	

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 01.01.2015 (utilizzata per il riparto 2016), la quota di accesso delle Marche (prima regione) risulta essere pari al 2,59189% contro il 2,59185% del riparto 2016.

Per quanto riguarda il finanziamento delle risorse relative agli obiettivi di piano, di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e s.m.i., la relativa ripartizione è proposta in separata sede, contestualmente al presente riparto. L'importo da assegnare, pari a **1.500,00** milioni di euro, già nettizzato dell'importo di **2,00** milioni per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti, ai sensi dell'articolo 8-bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009, viene ridotto a **1.233,784** mln di euro per effetto della nettizzazione dei seguenti importi:

- a) 175,000 mln di euro per la costituzione del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi (articolo 1, comma 400, Legge 232/2016);
- b) 91,216 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 la prevenzione e la cura della fibrosi cistica, 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, delle somme assegnate per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano nazionale vaccini - NPNV, ai sensi dell'articolo 1, comma 408, della Legge 232/2016, ripartite sulla base dei criteri individuati con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 27 luglio 2017 (Rep. atti n. 119/CSR), e delle somme assegnate, ai sensi dell'articolo 1, comma 409, della Legge 232/2016 per il concorso al rimborso alle regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del SSN svolti secondo quanto stabilito dall'articolo 1, comma 543,



della legge 208/2015, ripartite sulla base dei criteri individuati con intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 30 marzo 2017 (Rep. atti n. 40).

La **Tabella B** riporta le fonti del finanziamento indistinto 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 2017, e compartecipazione regionale IVA (componente destinata al finanziamento del SSN), individuando la disponibilità per cassa di ciascuna regione, senza tener conto della mobilità.

La regione Valle d'Aosta e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 34, c. 3 della L 724/1994, nonché la Regione Friuli Venezia Giulia, ai sensi dell'art. 1, c. 144 della L 662/1996 e la regione Sardegna, ai sensi dell'art. 1, c. 836 della L 296/2006, provvedono al finanziamento del rispettivo fabbisogno senza alcun apporto a carico del Bilancio dello Stato. Per la Regione Sicilia, ai sensi dell'art. 1, c. 830 della citata L 296/2006, è stata applicata l'aliquota di partecipazione alla spesa sanitaria nella misura del 49,11%. Ai sensi dell'articolo 1, comma 132, ultimo capoverso della legge 24 dicembre 2012, n. 228, le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, ad esclusione della Regione Siciliana, assicurano il concorso di cui al presente comma mediante le procedure previste dall'articolo 27 della legge 5 maggio 2009, n. 42, e successive modificazioni.

La **Tabella C** riporta i valori di mobilità interregionale per l'anno 2017 inclusi gli importi connessi alla produzione dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e dell'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta, calcolati sulla base della matrice di mobilità 2015 approvata in data 9 marzo 2017 in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, che, 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, espone separatamente le diverse posizioni debitorie e creditorie delle singole regioni.

In particolare si riportano:

- gli acconti 2017 e i conguagli 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 2017 da riconoscere in acconto sono indicati nella tabella C (colonne M6 e M9).

- gli acconti 2017 e i conguagli 2015 per 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.

Dall'anno 2015 non sono più previsti gli acconti per i residui manicomiali e hanseniani atteso che la Commissione Salute il 29 aprile 2015 ha stabilito di procedere all'adozione del criterio degli addebiti diretti alle Aziende di residenza dei pazienti a partire dall'attività 2015 e, conseguentemente, dall'anno 2017 non sono più presenti neanche i conguagli.

I saldi di mobilità interregionale per l'anno 2017 esposti in tabella C, accogliendo quanto richiesto dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome con nota n. 1209 del 10 marzo 2017, sono corretti (colonna 12) sulla base di quanto convenuto con un apposito accordo raggiunto dalla Conferenza in data 29 settembre 2016 in relazione alle dinamiche della mobilità registrate negli anni 2014 e 2015 (cfr. allegato 3).

Unitamente ai conguagli, il finanziamento complessivo spettante all'OPBG per il 2017 è pari a 191,849 mln di euro, di cui 192,085 mln di euro come acconti, e -0,236 mln di euro a titolo di conguagli 2015. 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 complessivi 48,628 mln di euro, di cui 42,847 mln di euro come acconti e 5,781 mln di euro come conguagli 2015.



Si evidenzia come le colonne di mobilità sopra descritte non accolgono i dati relativi alle prestazioni effettuate dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù a favore dei minori STP. L'onere correlato a tali prestazioni, quantificato in euro 1.316.000,00, è finanziato con un apposito accantonamento a valere sulla quota vincolata agli obiettivi di piano, in coerenza con quanto unanimemente determinato in sede di Conferenza dei servizi del 23 dicembre 2014.

Nella presente proposta non viene indicato nessun importo della mobilità internazionale, nelle more del perfezionamento del regolamento previsto ai sensi dell'articolo 1, commi 82 e 83 della legge 228/2012 (legge di stabilità 2013), su cui è stata sancita l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 22 dicembre 2016. Nelle proposte di riparto del 2013 e del 2014, nelle more dell'adozione di detto regolamento, si è provveduto ad imputare alle regioni/province a debito quota parte di 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. .

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

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

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

- **6,68** mln di euro per attività di medicina penitenziaria: sono utilizzati i medesimi importi del 2016 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 2016 ed ingloba, tra l'altro, 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 2016;
- **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 2016;
- **146,41** mln di euro per le attività della CRI (Ente e Associazione e Regioni che hanno assunto nei propri ruoli personale sanitario): in coerenza con quanto previsto dall'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 28 settembre 2012, n. 178.



modificato dalla legge 25 febbraio 2016, n. 21 di conversione del decreto legge 30 dicembre 2015, n. 210, in materia di privatizzazione della CRI che deve dare luogo ad un risparmio di spesa del 10% sul quale è tuttavia stabilita una garanzia ai sensi dell'articolo 49-quater, comma 2-bis, del DL 69/2013, riferita al prestito acceso dalla CRI con lo Stato;

- **2,00** mln di euro per il Centro Nazionale Trapianti: come l'anno 2016.

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. Detto riepilogo tiene conto, come previsto dall'articolo 5, comma 4, del decreto del Ministro della salute del 9 ottobre 2015, anche dei saldi calcolati in sede di determinazione dei conguagli, per gli anni 2015 e 2016, delle risorse del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi istituito ai sensi dell'articolo 1, comma 593, Legge 23 dicembre 2014, n. 190.

In conclusione, si ribadisce che con la presente proposta di riparto si provvede ad accantonare l'importo di **281,44** mln di euro, pari allo 0,25% del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) cui concorre ordinariamente lo Stato per l'anno 2017, effettuato in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 2, comma 67-bis, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, e di quanto stabilito, ad integrazione del citato comma 67-bis, dall'articolo 6, comma 4, del decreto-legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1 della legge 25 febbraio 2016, n. 21 e come successivamente integrato dall'articolo 34, comma 2, del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50; detto importo è ripartito con separato decreto tenendo conto dei contenuti dell'Accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 23 febbraio 2017, nei termini trasmessi dal Presidente della Conferenza delle regioni e province autonome con nota n. 919 inviata in data 27 febbraio 2017.

Roma,

Il Ministro



TAB. A RIPARTO INDISTINTO ANTE MOBILITA' INTERREGIONALE
(importi in euro)

Regioni	DISTRITTUALE				OSPEDALIERA	TOTALE INDISTINTO ANTE FIBROSI CISTICA ANTE QUOTE FINALIZZATE LARI, I.C. 405 E 409, L. 232/2016 L. IN CLASSE QUOTA PER LAVORO RIPARTIZIONE RIPARTIZIONE		Quote per il Giare d'azienda (art. 1, c. 133, l. 190/2019) CLASSE SME/BZO/DELLA COLONNATA	Bilancio per la distribuzione delle quote di mobilità di contingenti a rischio di paraggio	Bilancio per la distribuzione delle quote di mobilità di contingenti a rischio di paraggio	4 bis	Quote Finalizzate (art. 1, c. 405 e 409, L. 232/2016)		TOTALE INDISTINTO CON FIBROSI CISTICA QUOTA PER IL GIARE BAZZARDO E QUOTE FINALIZZATE
	FERRICORALE (finale)	MED. DI BASSO (finale)	FARMACIFERICA (finale)	SPECIALISTICA (finale)		MONDOUSIA (finale)	FENAT (finale)					4 ter	4 quater	
PUGANIE	394.842.426	1.503.877.568	532.779.396	940.476.467	1.737.306.674	1.839.790.324	3.577.065.998	8.068.677.336	7.42%	3.709.483	7.418.104	5.204.574	8.081.953.311	
VIOMONTE	11.414.967	43.477.371	115.980.954	26.816.042	117.208.320	30.933.933	230.062.515	230.062.515	0,21%	105.557	211.513	158.634	230.432.665	
LOMBARDIA	897.213.130	3.417.808.863	1.256.098.383	2.109.483.700	3.947.737.774	3.942.461.927	7.990.199.701	17.934.859.211	16,49%	8.244.453	16.488.903	12.266.677	17.964.549.075	
BOLZANO	46.691.945	187.840.463	65.808.724	106.243.172	205.444.560	192.795.975	398.246.535	911.490.640	0,84%	412.002	83.800	628.563	912.957.146	
VENEZIA	48.248.521	183.769.156	67.547.930	111.604.576	212.293.404	208.054.233	420.347.737	957.487.237	0,89%	440.146	88.292	668.219	959.027.749	
VERONE	44.641.270	1.678.278.097	616.883.779	1.128.169.888	1.938.777.590	1.941.534.739	3.880.313.339	8.820.964.445	8,11%	4.034.807	8.109.795	6.082.346	8.835.574.284	
FRIULI	109.406.089	417.011.043	133.281.523	262.008.025	481.738.793	515.513.369	997.252.162	2.247.841.992	2,07%	1.033.207	2.066.615	1.519.291	2.251.458.568	
TIGURIA	140.851.443	536.475.522	197.192.020	344.308.093	619.746.347	701.798.598	1.321.544.945	2.953.917.108	2,72%	1.357.882	2.715.764	2.036.823	2.958.797.831	
F.ROMAGNA	398.764.947	1.518.817.482	588.270.926	941.775.107	1.088.271.752	1.819.292.761	3.573.858.538	8.079.758.743	7,43%	3.714.173	7.428.347	5.371.268	8.093.095.553	
EMILIA	355.686.321	1.278.563.366	469.960.850	800.037.023	935.650.864	1.082.212.102	3.043.848.643	6.863.747.066	6,31%	3.135.187	6.310.184	4.732.708	6.875.083.546	
UMBRIA	79.893.085	304.297.092	111.850.319	190.089.963	331.529.573	371.748.202	723.277.774	1.630.856.311	1,50%	719.672	14.994	1.244.515	1.633.530.114	
MARCHE	138.392.468	527.109.771	193.749.455	327.742.600	1.427.871.750	1.566.828.830	2.991.704.542	6.811.997.760	2,59%	1.292.552	25.851	1.328.837	6.816.468.900	
LAZIO	537.882.566	2.010.601.172	739.035.592	1.222.631.347	1.387.263.094	608.928.864	636.606.682	2.811.797.760	2,64%	1.492.415	96.436	2.294.629	2.816.468.900	
ABRUZZO	118.918.533	452.937.373	166.045.947	279.504.542	523.241.517	535.232.030	1.058.463.567	2.397.949.524	2,20%	1.102.310	25.646	1.653.465	2.401.915.116	
MOLISE	27.972.691	106.342.404	39.161.767	66.118.088	120.567.523	288.377.115	567.246.841	1.024.996.235	0,52%	269.757	52.115	391.135	1.026.996.235	
ADRIATICO	365.498.839	1.392.113.400	511.098.375	842.467.757	1.230.074.401	1.278.015.608	4.298.187.008	10.124.701.868	9,31%	4.534.211	93.684	6.981.421	10.141.438.600	
PUGLIA	51.429.459	193.884.721	72.001.243	120.017.405	236.287.620	1.538.779.792	3.168.374.683	7.121.772.510	6,65%	3.122.525	66.451	4.836.650	7.239.721.085	
BASILICATA	176.643.997	62.802.341	247.801.596	408.758.037	524.871.897	227.072.767	453.362.386	1.039.665.742	0,95%	473.335	2.746.629	3.492.397	1.041.175.581	
CALABRIA	45.808.399	178.204.259	68.815.739	142.808.088	235.251.388	233.302.571	337.371.536	8.545.556.649	3,12%	4.104.173	38.804	8.271.476	8.960.175.862	
SICILIA	148.658.105	506.309.570	208.121.348	348.647.752	1.325.241.443	638.062.272	1.911.101.926	2.396.601.864	2,75%	1.122.631	27.453	2.028.442	2.398.805.693	
SARDEGNA														
TOTALE	5.438.499.977	20.714.027.523	7.613.843.968	12.678.128.034	23.929.223.899	23.929.265.823	47.858.489.721	108.769.270.735	100%	50.800.000	1.000.000	4.390.000.000	108.769.270.735	



TAB B FONTI DI FINANZIAMENTO INDISTINTO ANTE MOBILITA' INTERREG.
(importi in euro)

Regioni	FABBISOGNO DA SODDISFARE				FONTI DI FINANZIAMENTO				Fondo sanitario nazionale	TOTALE INDISTINTO ANTE MOBILITA'
	fabbisogno sanitario da soddisfare	di cui: quota riferibile a vaccini/stabilizzazioni/scree ning (*)	Ricavi e entrate proprie con emenzionali delle aziende sanitarie	Partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle P.A. (post manovra legge stabilita 2013)	IRAP	Adizionale IRPEF	Integrazione a norma del d.l. n. 36/2000	8		
PIEMONTE	8.081.953.331	13.723.540	167.095.971		1.532.568.000	771.300.000	5.597.265.920		13.723.540	8.081.953.331
V D'AOSTA	230.432.665	391.286	4.341.336	130.281.329	71.899.000	23.911.000				230.432.665
LOMBARDIA	17.964.549.075	30.504.657	344.688.926	4.882.442.000	4.882.442.000	1.900.385.000	10.806.528.491		30.504.657	17.964.549.075
BOLZANO	912.957.146	1.550.245	17.089.038	469.464.108	323.197.000	103.207.000				912.957.146
TRENTO	959.027.749	1.628.475	265.304.000	581.304.592	1.910.271.000	824.107.000	5.898.214.160		15.003.225	959.027.749
VENETO	8.835.574.284	15.003.225	187.978.900		539.402.000	219.653.000				8.835.574.284
FRIULI	2.251.458.568	3.823.084	47.484.584	1.444.918.984	497.810.000	286.264.000	2.106.969.780		5.024.179	2.251.458.568
E ROMAGNA	8.093.095.553	13.742.461	171.955.829		1.871.586.000	820.606.000	5.215.205.264		13.742.461	8.093.095.553
TOSCANA	6.875.083.546	11.674.218	138.369.096		1.355.125.000	625.138.000	4.744.777.232		11.674.218	6.875.083.546
UMBRIA	1.633.530.114	2.773.812	34.031.402		224.140.000	133.447.000	1.239.137.900		2.773.812	1.633.530.114
MARCHE	2.816.468.960	4.782.498	57.467.177		464.462.000	231.409.000	2.058.348.285		4.782.498	2.816.468.960
LAZIO	10.506.675.544	17.840.834	162.193.247		2.764.647.000	957.856.000	6.604.138.463		17.840.834	10.506.675.544
ABRUZZO	2.401.915.116	4.078.566	41.537.068		294.611.000	170.341.000	1.891.347.483		4.078.566	2.401.915.116
MOLISE	568.183.508	964.803	12.952.736		10.655.000	35.397.000	508.213.969		964.803	568.183.508
CAMPANIA	10.141.438.060	17.220.644	163.215.831		897.282.000	548.936.000	8.514.783.586		17.220.644	10.141.438.060
PUGLIA	7.239.721.685	12.293.391	113.350.898		605.651.000	424.684.000	6.083.742.395		12.293.391	7.239.721.685
BASILICATA	1.031.377.867	1.751.329	16.926.354		5.104.000	61.091.000	946.505.185		1.751.329	1.031.377.867
CALABRIA	3.495.475.054	5.935.483	47.418.994		19.257.000	179.852.000	3.243.011.577		5.935.483	3.495.475.054
SICILIA	8.960.139.386	15.214.742	128.084.893	4.400.324.452	1.177.030.000	483.769.000			2.770.931.040	8.960.139.386
SARDEGNA	2.990.805.693	5.078.530	45.917.138	2.231.732.555	513.013.000	200.143.000				2.990.805.693
TOTALE	108.948.660.735	185.000.000	1.982.157.447	9.258.026.020	20.225.456.000	9.096.587.000	65.458.189.589		2.928.244.679	108.948.660.735

(*) di seguito il dettaglio:
 concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel nuovo piano vaccinale (articolo 1, comma 408, legge 232/2016)
 concorso al rimborso alle regioni per oneri da processi di assunzione e stabilizzazione (articolo 1, comma 409, legge 232/2016)
 SCREENING - articolo 1, comma 229, LS 2014 (incremento del livello del finanziamento del SSN di 5 mld di euro a decorrere dal 2014)
 SCREENING neonatali - integrazione del finanziamento vigente disposta dal comma 167 della legge 190/2014 (5 milioni di euro a decorrere dal 2015)



100.000.000,00
 75.000.000,00
 5.000.000,00
 5.000.000,00
 185.000.000,00

TAR C - RIVARDO 2017
(importo in euro)

MOBILITÀ INTERREGIONALE

Regioni	PUNTI STANDARD																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	CONTO SALDI ANNO 2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	CREDITI ANNO 2015 senza OPBG e ACSNOMI	DEBITI ANNO 2015 senza OPBG e ACSNOMI	SALDI ANNO 2015 senza OPBG e ACSNOMI	CREDITI DEL BAMBINO GESU' ANNO 2015	DEBITI net contabili del BAMBINO GESU' ANNO 2015	ADDEBITI contabili del BAMBINO GESU' ANNO 2015	DEBITI net contabili ACSNOMI ANNO 2015	ADDEBITI contabili ACSNOMI ANNO 2015	TOTALE ACCONTO con OPBG e ACSNOMI	TOTALE DEBITI IN ACCONTO con OPBG e ACSNOMI	TOTALE ACCONTO con OPBG e ACSNOMI	CREDITI ANNO 2015 componenti OPBG e ACSNOMI	DEBITI ANNO 2015 componenti OPBG e ACSNOMI	SALDI ANNO 2015 componenti OPBG e ACSNOMI	CREDITI ANNO 2015 UTILIZZATI PER RIPARTO 2015	DEBITI ANNO 2015 UTILIZZATI PER RIPARTO 2015	ACCONTO 2015 (OPBG e ACSNOMI)	DIFERENZA CONTO AGGIAR F	DIFERENZA CONTO AGGIAR F																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	M2	M3	M4+M2	M4	M5	M6	M4+M5	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	M24	M25	M26	M27	M28	M29	M30	M31	M32	M33	M34	M35	M36	M37	M38	M39	M40	M41	M42	M43	M44	M45	M46	M47	M48	M49	M50	M51	M52	M53	M54	M55	M56	M57	M58	M59	M60	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	M331	M332	M333	M334	M335	M336	M337	M338	M339	M340	M341	M342	M343	M344	M345	M346	M347	M348	M349	M350	M351	M352	M353	M354	M355	M356	M357	M358	M359	M360	M361	M362	M363	M364	M365	M366	M367	M368	M369	M370	M371	M372	M373	M374	M375	M376	M377	M378	M379	M380	M381	M382	M383	M384	M385	M386	M387	M388	M389	M390	M391	M392	M393	M394	M395	M396	M397	M398	M399	M400	M401	M402	M403	M404	M405	M406	M407	M408	M409	M410	M411	M412	M413	M414	M415	M416	M417	M418	M419	M420	M421	M422	M423	M424	M425	M426	M427	M428	M429	M430	M431	M432	M433	M434	M435	M436	M437	M438	M439	M440	M441	M442	M443	M444	M445	M446	M447	M448	M449	M450	M451	M452	M453	M454	M455	M456	M457	M458	M459	M460	M461	M462	M463	M464	M465	M466	M467	M468	M469	M470	M471	M472	M473	M474	M475	M476	M477	M478	M479	M480	M481	M482	M483	M484	M485	M486	M487	M488	M489	M490	M491	M492	M493	M494	M495	M496	M497	M498	M499	M500	M501	M502	M503	M504	M505	M506	M507	M508	M509	M510	M511	M512	M513	M514	M515	M516	M517	M518	M519	M520	M521	M522	M523	M524	M525	M526	M527	M528	M529	M530	M531	M532	M533	M534	M535	M536	M537	M538	M539	M540	M541	M542	M543	M544	M545	M546	M547	M548	M549	M550	M551	M552	M553	M554	M555	M556	M557	M558	M559	M560	M561	M562	M563	M564	M565	M566	M567	M568	M569	M570	M571	M572	M573	M574	M575	M576	M577	M578	M579	M580	M581	M582	M583	M584	M585	M586	M587	M588	M589	M590	M591	M592	M593	M594	M595	M596	M597	M598	M599	M600	M601	M602	M603	M604	M605	M606	M607	M608	M609	M610	M611	M612	M613	M614	M615	M616	M617	M618	M619	M620	M621	M622	M623	M624	M625	M626	M627	M628	M629	M630	M631	M632	M633	M634	M635	M636	M637	M638	M639	M640	M641	M642	M643	M644	M645	M646	M647	M648	M649	M650	M651	M652	M653	M654	M655	M656	M657	M658	M659	M660	M661	M662	M663	M664	M665	M666	M667	M668	M669	M670	M671	M672	M673	M674	M675	M676	M677	M678	M679	M680	M681	M682	M683	M684	M685	M686	M687	M688	M689	M690	M691	M692	M693	M694	M695	M696	M697	M698	M699	M700	M701	M702	M703	M704	M705	M706	M707	M708	M709	M710	M711	M712	M713	M714	M715	M716	M717	M718	M719	M720	M721	M722	M723	M724	M725	M726	M727	M728	M729	M730	M731	M732	M733	M734	M735	M736	M737	M738	M739	M740	M741	M742	M743	M744	M745	M746	M747	M748	M749	M750	M751	M752	M753	M754	M755	M756	M757	M758	M759	M760	M761	M762	M763	M764	M765	M766	M767	M768	M769	M770	M771	M772	M773	M774	M775	M776	M777	M778	M779	M780	M781	M782	M783	M784	M785	M786	M787	M788	M789	M790	M791	M792	M793	M794	M795	M796	M797	M798	M799	M800	M801	M802	M803	M804	M805	M806	M807	M808	M809	M810	M811	M812	M813	M814	M815	M816	M817	M818	M819	M820	M821	M822	M823	M824	M825	M826	M827	M828	M829	M830	M831	M832	M833	M834	M835	M836	M837	M838	M839	M840	M841	M842	M843	M844	M845	M846	M847	M848	M849	M850	M851	M852	M853	M854	M855	M856	M857	M858	M859	M860	M861	M862	M863	M864	M865	M866	M867	M868	M869	M870	M871	M872	M873	M874	M875	M876	M877	M878	M879	M880	M881	M882	M883	M884	M885	M886	M887	M888	M889	M890	M891	M892	M893	M894	M895	M896	M897	M898	M899	M900	M901	M902	M903	M904	M905	M906	M907	M908	M909	M910	M911	M912	M913	M914	M915	M916	M917	M918	M919	M920	M921	M922	M923	M924	M925	M926	M927	M928	M929	M930	M931	M932	M933	M934	M935	M936	M937	M938	M939	M940	M941	M942	M943	M944	M945	M946	M947	M948	M949	M950	M951	M952	M953	M954	M955	M956	M957	M958	M959	M960	M961	M962	M963	M964	M965	M966	M967	M968	M969	M970	M971	M972	M973	M974	M975	M976	M977	M978	M979	M980	M981	M982	M983	M984	M985	M986	M987	M988	M989	M990	M991	M992	M993	M994	M995	M996	M997	M998	M999	M1000	M1001	M1002	M1003	M1004	M1005	M1006	M1007	M1008	M1009	M1010	M1011	M1012	M1013	M1014	M1015	M1016	M1017	M1018	M1019	M1020	M1021	M1022	M1023	M1024	M1025	M1026	M1027	M1028	M1029	M1030	M1031	M1032	M1033	M1034	M1035	M1036	M1037	M1038	M1039	M1040	M1041	M1042	M1043	M1044	M1045	M1046	M1047	M1048	M1049	M1050	M1051	M1052	M1053	M1054	M1055	M1056	M1057	M1058	M1059	M1060	M1061	M1062	M1063	M1064	M1065	M1066	M1067	M1068	M1069	M1070	M1071	M1072	M1073	M1074	M1075	M1076	M1077	M1078	M1079	M1080	M1081	M1082	M1083	M1084	M1085	M1086	M1087	M1088	M1089	M1090	M1091	M1092	M1093	M1094	M1095	M1096	M1097	M1098	M1099	M1100	M1101	M1102	M1103	M1104	M1105	M1106	M1107	M1108	M1109	M1110	M1111	M1112	M1113	M1114	M1115	M1116	M1117	M1118	M1119	M1120	M1121	M1122	M1123	M1124	M1125	M1126	M1127	M1128	M1129	M1130	M1131	M1132	M1133	M1134	M1135	M1136	M1137	M1138	M1139	M1140	M1141	M1142	M1143	M1144	M1145	M1146	M1147	M1148	M1149	M1150	M1151	M1152	M1153	M1154	M1155	M1156	M1157	M1158	M1159	M1160	M1161	M1162	M1163	M1164	M1165	M1166	M1167	M1168	M1169	M1170	M1171	M1172	M1173	M1174	M1175	M1176	M1177	M1178	M1179	M1180	M1181	M1182	M1183	M1184	M1185	M1186	M1187	M1188	M1189	M1190	M1191	M1192	M1193	M1194	M1195	M1196	M1197	M1198	M1199	M1200	M1201	M1202	M1203	M1204	M1205	M1206	M1207	M1208	M1209	M1210	M1211	M1212	M1213	M1214	M1215	M1216	M1217	M1218	M1219	M1220	M1221	M1222	M1223	M1224	M1225	M1226	M1227	M1228	M1229	M1230	M1231	M1232	M1233	M1234	M1235	M1236	M1237	M1238	M1239	M1240	M1241	M1242	M1243	M1244	M1245	M1246	M1247	M1248	M1249	M1250	M1251	M1252	M1253	M1254	M1255	M1256	M1257	M1258	M1259	M1260	M1261	M1262	M1263	M1264	M1265	M1266	M1267	M1268	M1269	M1270	M1271	M1272	M1273	M1274	M1275	M1276	M1277	M1278	M1279	M1280	M1281	M1282	M1283

TAB C - RIPARTO 2017
(importi in euro)

MOBILITA' INTERREGIONALE

CONGUAGLIO SALDI ANNO 2015											
ACCONTO SALDI ANNO 2017					PLASMADERIVAZIONE						
CREDITI ANNO 2015	DEBITI ANNO 2015	SALDI ANNO 2015	CREDITI ANNO 2015	DEBITI ANNO 2015	SALDI ANNO 2015	CREDITI ANNO 2013 UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2015	DEBITI ANNO 2013 UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2015	ACCONTO RIPARTO 2015 (DEL CIPE N. del	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 = M53 - M56	M60 = M58 - M59
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40.581	0	40.581	40.581	0	40.581	0	94.778	-94.778	40.581	-94.778	135.359
146.637	0	146.637	146.637	0	146.637	0	48.533	-48.533	146.637	-48.533	195.169
31.703	0	31.703	31.703	0	31.703	0	74.096	-74.096	31.703	-74.096	105.798
454.492	0	454.492	454.492	0	454.492	308.528	0	308.528	145.963	0	145.963
548.176	0	548.176	548.176	0	548.176	1.393.154	0	1.393.154	-844.978	0	-844.978
0	505.570	-505.570	0	505.570	-505.570	0	614.446	-614.446	0	-108.876	108.876
821.228	0	821.228	821.228	0	821.228	3.136.994	0	3.136.994	-2.315.766	0	-2.315.766
0	1.107.594	-1.107.594	0	1.107.594	-1.107.594	0	2.056.326	-2.056.326	0	-948.732	948.732
0	674.366	-674.366	0	674.366	-674.366	0	943.057	-943.057	0	-268.692	268.692
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
92.336	0	92.336	92.336	0	92.336	0	540.441	-540.441	92.336	-540.441	632.777
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
152.378	0	152.378	152.378	0	152.378	0	467.001	-467.001	152.378	-467.001	619.378
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
2.287.529	2.287.529	0	2.287.529	2.287.529	0	4.838.676	4.838.676	0	-2.551.147	-2.551.147	-0



TAB. C - RIPARTO 2017
(importo in euro)
MOBILITA' INTERREGIONALE

ACCONTO SALDI ANNO 2017		EMIOCOMPONENTI										TOTALE CREDITI MOBILITA'	TOTALE DEBITI MOBILITA'	TOTALE TAB. A POST MOBILITA'	Accordo Conferenza Regioni 29/9/2016	TOTALE TAB. A POST MOBILITA' E POST ACCORDO CONFERENZA REGIONI
CREDITI ANNO 2015	DEBITI ANNO 2015	SALDI ANNO 2015	CREDITI ANNO 2015	DEBITI ANNO 2015	SALDI ANNO 2015	CREDITI UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2015	DEBITI UTILIZZATI PER ACCONTO RIPARTO 2015	ACCONTO RIPARTO 2015 (DEL CIPE N. del	DIFFERENZA CREDITI DA CONGLIARE	DIFFERENZA DEBITI DA CONGLIARE	DIFFERENZA DA CONGLIARE	CONGLIAMENTO SALDI ANNO 2015		M61 + M19 + M23 + M31 + M34 + M43 + M49 + M58 + M61 + M70	M11 BIS = 4 quinquages + MD	12 BIS = 11 BIS + 12
												M66 = M64 + M65	M67			
M61	M62	M63 = M61 + M62	M64	M65	M66 = M64 + M65	M67	M68	M69 = M67 + M68	M70 = M64 + M67	M71 = M65 + M68	M72 = M70 + M71					
3.368.114	526	3.367.588	3.368.114	526	3.367.588	4.047.190	1.472	4.045.718	-679.676	-946	-678.130			8.016.551.447	3.501.444	8.020.052.891
205.876	1.817	204.059	205.876	1.817	204.059	205.538	4.681	200.857	318	-3.864	3.182			223.018.622	242.343	223.260.965
1.437.115	100.805	1.336.310	1.437.115	100.805	1.336.310	1.689.584	2.037	1.687.547	-252.468	98.768	-351.237			18.621.384.456	30.224.598	18.591.159.858
308.028	13.019	295.009	308.028	13.019	295.009	29.406	0	29.406	278.622	13.019	265.603			915.764.278	496.736	915.267.542
994.753	994.753	0	994.753	994.753	0	86.838	4.316	82.522	907.915	-4.316	912.231			8.975.484.219	63.125	8.932.359.094
2.315.919	28.993	2.286.926	2.315.919	28.993	2.286.926	2.779.258	6.190	2.773.068	-463.339	22.805	-486.142			2.248.729.398	7.243.302	2.256.000.700
1.661.413	0	1.661.413	1.661.413	0	1.661.413	1.352.788	0	1.352.788	308.625	0	308.625			81.799.949	2.897.607	84.697.556
150.095	790	149.305	150.095	790	149.305	37.719	0	37.719	112.976	790	113.756			2.924.309.861	248.369	2.924.558.230
352.110	5.322	346.788	352.110	5.322	346.788	657.588	21.770	635.818	-16.448	-389.030	-405.478			8.451.648.003	3.216.152	8.448.431.851
51.360	601.940	-549.580	51.360	601.940	-549.580	300.709	349.539	-48.830	-249.148	252.001	-591.150			7.032.823.259	3.550.321	7.029.272.938
630	33.850	-33.220	630	33.850	-33.220	10.090	3.764	6.326	-9.460	30.086	-29.546			1.659.208.057	-	1.659.208.057
11.201	15.580	-4.379	11.201	15.580	-4.379	59.940	0	59.940	-48.739	15.580	-64.319			2.748.512.916	5.676.931	2.754.189.847
107.363	5.731.794	-5.624.431	107.363	5.731.794	-5.624.431	6.580	6.028.625	-6.022.045	100.785	-296.831	397.614			10.224.594.875	14.018.863	10.238.613.738
391.051	291.051	0	391.051	291.051	0	1.725	187.311	-185.586	-1.725	203.740	-205.465			2.328.007.712	29.326	2.357.336.428
22.439	22.439	0	22.439	22.439	0	4.261	1.351	2.910	18.178	-1.351	19.529			590.823.643	1.312.654	592.136.297
87.991	87.991	0	87.991	87.991	0	95.350	6.091	89.259	-7.550	-6.091	-1.363			9.858.180.594	6.554.180	9.864.734.774
2.240	41.068	-38.828	2.240	41.068	-38.828	23.931	280	23.651	-21.691	40.788	-62.479			7.051.773.105	3.992.779	7.055.765.884
3.140	13.966	-10.826	3.140	13.966	-10.826	305.708	305.708	0	-302.508	13.966	-316.472			1.013.882.118	223.686	1.014.105.804
420	205.917	-205.497	420	205.917	-205.497	6.536	602.933	-596.397	-6.136	-397.016	-403.152			3.198.960.892	2.986.006	3.201.946.898
1.078.363	108.203	970.160	1.078.363	108.203	970.160	1.226.433	1.610	1.224.823	-148.670	106.593	-54.077			2.916.029.145	1.982.700	2.917.911.845
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			48.628.288	0	48.628.288
12.159.370	12.159.370	0	12.159.370	12.159.370	0	12.995.866	12.995.866	0	-836.496	-836.496	0			108.948.660.735	0	108.948.660.735



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

Regioni	a Regioni e P.A.		a Altri Enti					CENTRO NAZ TRAPIANTI	CRI	TOTALE VINCOLATO	
	IZS										
	MEDICINA PENITENZIARIA	CONTRATTO 2002-2003 e 2004-2005	CONTRATTO 2006 - 2007	16 = 16a + 16b	16a	16b - Quota annua spettante ai sensi del D.L. 6/5/2008 per il personale stabilizzato degli IZS	17				18
13	14	15	16 = 16a + 16b	16a	16b - Quota annua spettante ai sensi del D.L. 6/5/2008 per il personale stabilizzato degli IZS	17	18	19 = da 13 a 18			
PIEMONTE	853.000	1.003.000	321.967	26.527.068	24.607.181	1.919.887		28.705.034,76			
V D'AOSTA	44.000	-	-	-	-	-		44.000,00			
LOMBARDIA	820.000	2.491.000	706.389	53.851.821	51.017.648	2.834.173		57.869.210,37			
BOLZANO	38.000	-	-	-	-	-		38.000,00			
TRENTO	48.000	-	-	-	-	-		48.000,00			
VENETO	363.000	1.350.000	368.270	33.016.040	30.740.325	2.275.714		35.097.309,65			
FRIULI	-	-	-	-	-	-		-			
LIGURIA	307.000	-	-	-	-	-		307.000,00			
E ROMAGNA	510.000	-	-	-	-	-		510.000,00			
TOSCANA	391.000	-	-	-	-	-		391.000,00			
UMBRIA	111.000	787.000	205.671	19.498.702	18.163.770	1.334.932		20.602.372,74			
MARCHE	106.000	-	-	-	-	-		106.000,00			
LAZIO	782.000	1.103.000	345.657	27.174.739	24.853.088	2.321.651		29.405.396,35			
ABRUZZO	212.000	875.000	234.745	20.102.764	18.005.765	2.097.000		21.424.509,45			
MOLISE	45.000	-	-	-	-	-		45.000,00			
CAMPANIA	507.000	428.000	110.912	22.245.388	19.867.282	2.378.106		23.291.299,34			
PUGLIA	551.000	529.000	157.215	19.995.484	18.003.638	1.991.847		21.232.698,93			
BASILICATA	53.000	-	-	-	-	-		53.000,00			
CALABRIA	190.000	-	-	-	-	-		190.000,00			
SICILIA	434.000	721.000	272.434	22.236.637	19.758.599	2.478.038		23.664.070,98			
SARDEGNA	315.000	713.000	276.741	21.344.356	19.644.673	1.699.684		22.649.097,15			
TOTALE	6.680.000	10.000.000	3.000.000	265.993.000	244.661.969	21.331.031	146.412.742	2.000.000	434.085.742		



TAB E - EROGAZIONI DI CASSA
(importi in euro)

Regioni	CASSA DA STATO			
	saldo per quota farmaci innovativi 2015 a Regioni e P.A.	saldo per quota farmaci innovativi 2016 a Regioni e P.A.	a Regioni e P.A. (incluso saldo per quota farmaci innovativi 2015 e 2016)	a Altri Enti
	20	21	22 = 12 BIS + 13 - 5 - 6 + 20 + 21	23 = 14 + 15 + 16 + 17 (CRI) + 18 (centro nazionale trapianti) + B Gestit + SNMOM
PIEMONTE	14.427	120.716	7.853.945.062	27.852.035
V D'AOSTA	-54.152	0	88.628.149	0
LOMBARDIA	60.368	132.264	18.247.483.564	57.049.210
BOLZANO	-115.517	0	428.636.889	0
TRENTO	125	0	352.724.300	0
VENETO	18.475	101.653	8.780.745.145	34.734.310
FRIULI	-144.609	0	759.078.828	0
LIGURIA	11.246	23.343	2.861.673.189	0
E ROMAGNA	25.173	93.447	8.277.104.642	0
TOSCANA	41.984	35.732	6.891.370.558	0
UMBRIA	1.937	22.307	1.625.311.899	20.491.373
MARCHE	3.372	21.426	2.696.853.469	0
LAZIO	15.954	130.001	10.077.348.447	28.623.396
ABRUZZO	2.804	20.192	2.286.734.975	21.212.509
MOLISE	498	7.957	576.611.708	0
CAMPANIA	53.626	134.108	9.702.013.677	22.784.299
PUGLIA	29.505	-926.520	6.941.468.921	20.681.699
BASILICATA	1.184	7.278	997.240.912	0
CALABRIA	11.450	31.751	3.154.761.104	0
SICILIA	20.745	44.344	4.234.265.771	23.230.071
SARDEGNA	1.405	0	640.678.557	22.334.097
B GESU'				191.849.214
ACISMOM				48.628.288
TOTALE	0	-0	97.474.679.765	667.883.244



QUADRO DI SINTESI FABBISOGNO FINANZIARIO SANITARIO PER IL SSN - ANNO 2017
(importi in euro)

FABBISOGNO COMPLESSIVO	
112.577.000.000 FABB COMPLEXS 2017	
325.000.000 Fondo medicinali innovativi	L. 232/2016 art. 1, c. 400
500.000.000 Fondo medicinali oncologici innovativi	L. 232/2016 art. 1, c. 401
111.752.000.000 Fabbisogno 2017	
lo stanziamento iniziale comprende:	
494.000.000 FINALIZZATO	
69.000.000 Rinnovo convenzioni	L. 133/08
200.000.000 Emersione extracomunitari	L. 102/09
50.000.000 Gioco d'azzardo	L. 198/14, art. 1, c. 133
100.000.000 Vaccini NPNV	L. 232/2016 art. 1, c. 408
75.000.000 Stabilizzaz. Personale	L. 232/2016 art. 1, c. 409
1.868.981.023 VINCOLATO per REGIONI e P.A.	
6.680.000 Medicina Penitenziaria	Dlvo 230/99
30.990.000 Extracomunitari irregolari	L. 40/98
30.132.000 Fondo esclusività	L. 488/99
38.735.000 Borse studio mg	L. 109/88
40.000.000 Veterinaria	L. 218/88
1.500.000.000 Progetti di psn	L. 662/96
55.000.000 OPG	L. 9/2012
165.424.023 Medicina Penitenziaria rideterminato dopo	L. 244/07
legge stabilita 2014	L. 208/15 art. 1, cc. 566-567
2.000.000 Revisione tariffe prestazioni termali	
652.915.742 VINCOLATO per ALTRI ENTI (non rendicontato dalle aziende sanitarie)	
10.000.000 Izs Contratto	L. 350/03 e L. 266/05 (art. 1, c. 182)
3.000.000 Izs Contratto	L. 244/07
265.993.000 Izs Funzionamento	D Lvo 270/93
146.412.742 Cti	D Lgs. 178/12, art. 8, c. 2
2.000.000 Centro nazionale trapianti	L. 166/09
2.500.000 Mutui pre-riforma	L. 456/87
173.010.000 Borse studio specializzandi	D Lvo 257/91
50.000.000 Formazione dei medici specialisti	L. 147/2013
281.442.500 acc.to decreto leg.vo sanzioni	
281.442.500	
FABBISOGNO PER CALCOLO FETTO FARMACEUTICA (art. 5 legge 29 novembre 2007, n. 222)	
112.577.000.000 FABB COMPLEXS 2017	
-715.751.742 VINCOLATO per altri Enti (non rendicontato dalle aziende sanitarie) + accantonato su P.O.	
111.863.268.258	
FABBISOGNO DA RIPARTIRE CON LA PRESENTE PROPOSTA	
INDISTINTO	FABBISOGNO 2017
111.752.000.000	111.470.557.500
-1.868.981.023 VINCOLATO per REGIONI e P.A.	
-652.915.742 VINCOLATO per ALTRI ENTI	
-281.442.500 ACCANTONAMENTO	
108.948.660.735 (incluse quote finalizzate, quota fibrosi cistica e incremento quota di premialità)	108.948.660.735
INDISTINTO (tab A)	
INDISTINTO (incluse quote finalizzate, quota fibrosi cistica)	(tab A, B, C)
VINCOLATO	
6.680.000 Medicina Penitenziaria	
10.000.000 Izs Contratto	
3.000.000 Izs Contratto	
265.993.000 Izs Funzionamento	
146.412.742 Cti	
2.000.000 Centro nazionale trapianti	
434.085.742 (tab D)	(tab E)
IND + VINC = TOT RIPARTITO - TOT CASSA	109.382.746.477
VINCOLATO da ripartire con separate proposte	
165.424.023 Medicina Penitenziaria	
2.000.000 Revisione tariffe prestazioni termali	
30.990.000 Extracomunitari irregolari	
30.152.000 Fondo esclusività	
38.735.000 Borse studio mg	
40.000.000 Veterinaria	
1.500.000.000 Progetti di psn	
2.500.000 Mutui pre-riforma	
173.010.000 Borse studio specializzandi	
50.000.000 Formazione dei medici specialisti	
55.000.000 OPG	
2.087.811.023	
ACCANTONATO	
281.442.500 acc.to decreto leg.vo sanzioni	
INCREMENTO % FABB 2016/2015	
111.002.000.000 FABB COMPLEXS 2016	108.192.598.235 FABB INDISTINTO 2016
111.752.000.000 FABB COMPLEXS 2017	108.948.660.735 FABB INDISTINTO 2017
	0,68%
	0,70%





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017.

Rep. Atti n. 182/cse del 26 ottobre 2017

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

Nella odierna seduta del 26 ottobre 2017:

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

VISTO il comma 34bis del predetto articolo 1, aggiunto dall'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 79, comma 1quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede, che, dall'anno 2009, all'atto dell'adozione della delibera CIPE di ripartizione 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 e d'intesa con questa Conferenza, provveda a ripartire tra le Regioni le quote vincolate in questione. La presente proposta di riparto, relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, è da predisporre sulla base delle linee guida da approvarsi con apposito accordo in sede di questa Conferenza. 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 dell'Accordo Stato-Regioni in applicazione del medesimo articolo 1, comma 34bis. In sede di stipula dell'accordo 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. L'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte di questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, degli specifici progetti presentati dalle regioni, 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;

VISTA la nota del 22 settembre 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione del CIPE concernente la ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

VISTA la nota del 22 settembre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato alle Regioni la suddetta proposta di riparto, per l'anno 2017;

VISTA la nota del 10 ottobre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha convocato, su richiesta delle Regioni, una riunione tecnica, tenutasi il 18 ottobre 2017, nel corso della quale i rappresentanti del Ministero hanno condiviso le osservazioni formulate dai rappresentanti regionali;

VISTA la nota del 25 ottobre 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la nuova proposta di ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, modificata coerentemente con le risultanze emerse nel suddetto incontro tecnico, unitamente allo schema di sintesi della ripartizione del finanziamento corrente al SSN cui concorre lo Stato (Allegato sub A);

RILEVATO che tale proposta prevede di ripartire tra le Regioni la quota vincolata a valere sulle risorse complessive per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2017 per un importo pari a 1.233,784 milioni di euro, a valere sui complessivi 1.500,00 milioni di euro, da ripartire tra le Regioni 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 sottoporre all'esame di questa Conferenza;

CONSIDERATO che le Regioni hanno espresso intesa con le considerazioni e le richieste formulate nel documento consegnato in seduta (Allegato sub B);

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017, che allegato al presente atto, (Allegato sub A), ne costituisce parte integrante.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddo



IL PRESIDENTE
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

Gianclaudio Bressa

AN

ER



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF. IV DGPROGS

Proposta di deliberazione per il CIPE

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2017: 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, detta i criteri di assegnazione delle risorse alle regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

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 2017, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporre sulla scorta delle linee guida da approvarsi con apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

L'erogazione delle somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto nella misura del 70 per cento di cui al presente riparto, è subordinata alla stipula del predetto Accordo Stato-Regioni, in applicazione dell'articolo 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito nella legge 6 agosto 2008 n.133. In sede di stipula dell'Accordo Stato-Regioni sulle predette linee guida si provvede 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 2017 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.500,00 mln** di euro al netto dell'importo di **2 milioni** di euro per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti ai sensi dell' articolo 8- bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009.



Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **1.233,784 mln** di euro, a valere sui complessivi 1.500,00 mln di euro, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria subordinatamente alla conclusione dell'accordo sugli indirizzi progettuali per lo stesso anno parimenti da sottoporsi all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

Della residua somma di 266,216 mln di euro, sono destinati:

- **175,000 mln** di euro al finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'art. 1, c. 400, della Legge n. 232/2016;
- **1,316 mln** di euro al rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2015, somma determinata sulla base del dato relativo all'anno 2013.
- **18,000 mln** di euro quale contributo di solidarietà interregionale in favore della Regione Molise per il Piano di risanamento del servizio sanitario regionale – Piano operativo straordinario, come deciso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 17 dicembre 2015 e come comunicato in pari data con nota n. 5762 dal Presidente della Conferenza (si veda allegato 1).
- **2,000 mln** di euro ai fini della compartecipazione alle spese connesse alle attività straordinarie di screening che la Regione Veneto sta adottando per la prevenzione delle malattie cronico degenerative associate all'esposizione delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS).

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di **69,900 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per la sperimentazione gestionale finalizzato alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
- b) **€ 10 milioni** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle regioni nel campo della salute umana; in relazione a tale attività è previsto il preventivo parere da parte della Conferenza Stato – Regioni, come dalla stessa richiesto in sede di intesa sulla proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015;
- c) **€ 10 milioni** quale accantonamento per quota di solidarietà da ripartire in favore delle regioni colpite dal terremoto nel Centro Italia negli anni 2016 e 2017;
- d) **€ 5 milioni** da destinarsi all'Istituto superiore di sanità per l'attività di valutazione delle linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida, anche in relazione a quanto disposto dall'articolo 5 della legge 24/2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", previa presentazione di una relazione da sottoporre al preventivo parere della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute;
- e) **€ 2 milioni** destinati a sperimentazioni cliniche con l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare, ai sensi dell'art. 2 del decreto legge 25 marzo 2013, n. 24 convertito con modifiche con Legge 23 maggio 2013, n. 57, come successivamente modificato con l'art. 1, comma 409, Legge 208/2015;
- f) **€ 0,400 milioni** destinati alla regione Veneto per la terza tranche del finanziamento del Programma triennale del Mattone Internazionale Salute. L'erogazione della citata somma avverrà, in analogia con quanto stabilito per le somme normalmente destinate al finanziamento di progetti regionali, in misura del 70% a titolo di acconto. L'erogazione del restante 30% avverrà al seguito dell'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti



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

In aggiunta a tali risorse è assegnata alla medesima regione, per le finalità connesse al Programma triennale del Mattone Internazionale Salute (ProMIS), la somma residua complessiva pari ad € 133.481,35 risultante dalla rendicontazione finale delle attività e dei costi del Progetto Mattone Internazionale (PMI) già finanziato con deliberazione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica n. 99 del 18 dicembre 2008;

- g) € **32,500 milioni** per finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa.

Si allega alla presente proposta l'unita tabella, nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **1.233,784 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 2017

- 1.500.000.000 Importo iniziale
- 2.000.000 destinato a sperimentazioni cliniche (ex art. 2 del d.l. 25/03/2013, n. 24, convertito con mod. con L. 23/05/2013, n. 57, introdotto dall'art. 1, c. 409, L. 20/08/2015).
 - 10.000.000 malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Poveri (INMP)
 - 10.000.000 supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità
 - 5.000.000 progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida
 - 1.316.000 finanziamento prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP
 - 2.000.000 finanziamento per comunicazione da scienzine perfluorocarbiche (PFAS) in favore della Regione Veneto
 - 32.500.000 per finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa
 - 175.000.000 fondo medicinali innovativi (art. 1, c. 408, L. 23/2/2016)
 - 10.000.000 accantonamento derivato alle regioni colpite dal terremoto del 2016 e del 2017
 - 18.000.000 contributo di solidarietà alla Regione Molise (nota Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome n. 5762 del 17/12/2015)
 - 400.000 finanziamento del Programma triennale Nazionale Malattie Infettive - terzo anno - (nota n. PG/2015/883579 del 22/12/2015)
- 1.233.284.000** Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2016	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	4.404.246	4.404.246	96.005.513	-	4.643.193	100.648.707	70.454.095	30.194.612
VAL D'AOSTA	127.329	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.008.349	10.008.349	218.165.989	-	10.551.341	228.717.330	160.102.131	68.615.199
BOLZANO	520.891	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	538.223	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.915.123	4.915.123	107.141.814	-	5.181.787	112.323.602	78.626.521	33.697.081
FRIULI	1.221.218	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.571.053	1.571.053	34.246.441	-	1.656.289	35.902.729	25.131.911	10.770.819
EMILIA R.	4.448.146	4.448.146	96.962.463	-	4.689.475	101.651.938	71.156.357	30.495.581
TOSCANA	3.744.398	3.744.398	81.621.883	-	3.947.546	85.569.429	59.898.600	25.670.829
UMBRIA	891.181	891.181	19.426.319	-	939.531	20.365.850	14.256.095	6.109.755
MARCHE	1.543.752	1.543.752	33.651.323	-	1.627.507	35.278.829	24.695.180	10.583.649
LAZIO	5.888.472	5.888.472	128.359.265	-	6.207.944	134.567.209	94.197.046	40.370.163
ABRUZZO	1.326.513	1.326.513	28.915.860	-	1.398.481	30.314.342	21.220.039	9.094.302
MOLISE	312.027	312.027	6.801.689	-	328.956	7.130.645	4.991.451	2.139.193
CAMPANIA	5.850.850	5.850.850	127.539.165	-	6.168.281	133.707.446	93.595.212	40.112.234
PUGLIA	4.077.166	4.077.166	88.875.693	-	4.298.368	93.174.061	65.221.843	27.952.218
BASILICATA	573.694	573.694	12.305.611	-	604.819	13.110.430	9.177.301	3.933.129
CALABRIA	1.970.521	1.970.521	42.954.204	-	2.077.429	45.031.633	31.522.143	13.509.490
SICILIA (*)	5.074.261	5.074.261	110.610.768	54.320.948	-	56.289.820	39.402.874	16.886.946
SARDEGNA	1.658.138	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.665.551	56.599.752	1.233.284.000	-	54.320.948	1.233.784.000	863.648.800	370.135.200

(*) 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.





CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

17/150/SR01-02-03-04/C7

All. sub. B

Pronto in corso ok

redatte

25/10/17



**POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI
DELIBERAZIONE DEL CIPE CONCERNENTE IL RIPARTO TRA LE REGIONI DELLE
DISPONIBILITÀ FINANZIARIE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER
L'ANNO 2017**

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112

Punto 1) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

**SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DI CONCERTO
CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, DI RIPARTIZIONE
DELLE QUOTE PREMIALI PER L'ANNO 2017**

Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 67 bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191

Punto 2) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

**SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI DELIBERAZIONE DEL
CIPE RELATIVA ALL'ASSEGNAZIONE ALLE REGIONI DELLE QUOTE VINCOLATE
ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE
PER L'ANNO 2017**

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662

Punto 3) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

**SULL'ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI
TRENTO E BOLZANO SULLA PROPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI LINEE
PROGETTUALI PER L'UTILIZZO DA PARTE DELLE REGIONI DELLE RISORSE
VINCOLATE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE
PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE PER L'ANNO 2017**

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662

Punto 4) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sui primi tre provvedimenti in oggetto e avviso favorevole all'accordo sull'ultimo provvedimento, con le seguenti considerazioni e richieste.

Per l'anno 2017 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stato determinato, all'articolo 1, comma 392, della legge di bilancio n. 232 del 2016, in **113.000 milioni** di euro.

Il Decreto 5 giugno 2017 "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale" ha previsto una riduzione del livello di finanziamento del SSN di € 423.000.000 per l'anno 2017 e a decorrere dall'anno 2018 di € 604.000.000. Tale rideterminazione deriva dalla mancata sottoscrizione dell'accordo tra Governo e Autonomie speciali relativo al contributo delle stesse al risanamento dei conti pubblici.

Detto importo viene ridotto di € 325.000.000 e di € 500.000.000 per consentire il finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi.

Pertanto il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è di **111.751,99 milioni** di euro.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 23 febbraio 2017 ha definito l'Accordo politico per la ripartizione delle risorse per il SSN per l'anno 2017 e nella riunione del 9 marzo 2017 e ha approvato le Matrici anno 2015 ai fini della predisposizione della tabella relativa alla mobilità sanitaria interregionale del riparto delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale anno 2017.

Vengono proposte dal Ministero della Salute **tre intese** per il riparto dei Fondi, rispettivamente per la Quota indistinta, per le Quote premiali e per gli Obiettivi di carattere prioritario del PSN e un accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate agli obiettivi prioritari di PSN.

Il Decreto Ministeriale sulle modalità di ripartizione dei due Fondi dedicati ai farmaci innovativi è stato recentemente inviato alle Regioni per una valutazione ai fini dell'iscrizione in una prossima seduta della Conferenza Stato Regioni.

Si evidenzia in questa sede l'eccessiva frammentarietà delle risorse.

Il superamento del frazionamento delle risorse, con la confluenza di tutti i fondi nell'ambito del riparto della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard, da effettuarsi entro i primi mesi dell'anno, darebbe certezza alla programmazione in ambito regionale. Inoltre, il sistema di verifica degli adempimenti regionali di cui al Tavolo e al Comitato istituiti a seguito dell'Intesa tra lo Stato e le Regioni 23 marzo 2015 già costituisce un robusto e articolato strumento di valutazione sull'erogazione e sulle condizioni di erogazione dei Lea nelle singole Regioni. Il Nuovo Sistema di Garanzia, la cui predisposizione è in fase finale, costituisce un ulteriore livello di misurazione dei servizi sanitari regionali.

Approvare in chiusura d'anno le linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate agli obiettivi di piano dell'anno in corso costituisce mera formalità, ma avvio di un lavoro burocratico-amministrativo per le Regioni (predisposizione dei progetti e loro successiva rendicontazione) e per il Ministero (approvazione dei progetti e finale approvazione dei risultati, per lo svincolo del 30% delle risorse). Ad oggi la liquidazione finale è ferma all'anno 2012.

Si chiede pertanto al Ministero della Salute di snellire le procedure e di ancorare la liquidazione del 30% alla chiusura del processo di verifica degli adempimenti regionali.

Inoltre, coerentemente con quanto riportato nel documento della Conferenza delle Regioni e Province autonome per la riunione monotematica con il Ministro della Salute del 22 giugno 2017, si chiede di aprire una riflessione sul superamento dell'istituto degli obiettivi di PSN che, così come attualmente configurato e organizzato, porta dubbi benefici al SSN, a fronte di ingenti aggravi procedurali.

Sotto il profilo tecnico, il riparto relativo alla **Quota indistinta**, pari a **€ 108.948.660.735**, comprende, tra l'altro, le risorse per la cura dalla dipendenza dal gioco d'azzardo, per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini e per il concorso al



rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Congiuntamente al riparto della **Quota premiale**, pari a € **281.442.500**, il riparto ministeriale è sovrapponibile al riparto oggetto dell'Accordo politico tra i Presidenti del 23 febbraio (ripartiti nella proposta ministeriale 10 mln in più circa).

Il riparto relativo alle **quote vincolate alla realizzazione dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale** – totale complessivo € 1.500.000.000 - è pari a € **1.233.784.000**.

La differenza viene destinata per 175 milioni alla costituzione del Fondo farmaci innovativi e per 91,216 alla costituzione di accantonamenti (compresi 10 milioni da ripartire a favore delle Regioni colpite dal terremoto).

Degli accantonamenti, 32,5 milioni sono destinati a “finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa”; ad oggi, la finalizzazione è operata dal decreto-legge 16 ottobre 2017 n. 148 per 21,5 milioni; le risorse non finalizzate da disposizioni legislative entro l'anno, dovranno riconfluire nel riparto delle Regioni.

Roma, 26 ottobre 2017





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34**bis**, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, 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 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017.

Rep. Atti n. 181/cse del 26 ottobre 2017

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

Nella odierna seduta del 26 ottobre 2017:

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

VISTO il comma 34**bis** dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, secondo cui le Regioni, per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato – Regioni;

VISTO il comma 34**bis** dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato per gli aspetti concernenti il finanziamento di progetti regionali in materia sanitaria dall'articolo 79, comma 1^{quater} del decreto legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 e dall'articolo 3**bis**, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, il quale prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni, provvede a ripartire tra le Regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di FSN di parte corrente. Al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al predetto comma 34, il Ministero dell'economia e finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza Stato – Regioni, su proposta del Ministro della salute, dei progetti presentati dalle Regioni. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;

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





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni con 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 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 sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2016 per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sancita da questa Conferenza il 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 64/CSR);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, sancito da questa Conferenza nella seduta del 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 65/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016 ed è stato definito 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 e successive integrazioni;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 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. 144/CSR del 30 ottobre 2014);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" (Rep. Atti n. 160/CSR del 15/09/2016);

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

VISTO l'articolo 17, comma 1 della suddetta Intesa concernente il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016 che conferma, per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 dello stesso Patto, la destinazione per il Piano Nazionale della Prevenzione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolata per la realizzazione





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

obiettivi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

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

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

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

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 che reca "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTA la nota del Ministero della salute in data 22 settembre 2017, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza con nota del 26 settembre 2017, con la quale è stata trasmessa la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la nota del 10 ottobre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha convocato una riunione tecnica per il 18 ottobre 2017, nel corso della quale le Regioni hanno condiviso la proposta indicata in oggetto;

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza in data 26 ottobre 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, 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 2017 (Rep. Atti n.182../ CSR);

CONSIDERATO che, nel corso della seduta, le Regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo con le considerazioni e richieste formulate nel documento, allegato C), parte integrante del presente atto;

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





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

SANCISCE ACCORDO

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

VISTO:

- l'articolo 4 "Umanizzazione delle cure" del Patto per la salute 2014 -2016, il quale prevede che, "nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza" e che, nell'ambito delle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate degli obiettivi di piano, il Ministero della salute propone "gli ambiti prioritari di interventi al fine di dare attuazione all'umanizzazione delle cure";
- il decreto ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il decreto ministeriale del 25 gennaio 2016 che ha approvato il "Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018;

PREMESSO CHE :

- il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008, approvato con il DPR 7 aprile 2006, 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 essere sviluppate tramite la definizione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione;
- il Patto per la salute 2014-2016, ha sottolineato esplicitamente la necessità di attuare concrete misure di programmazione sanitaria ed investire nel sistema salute, promuovendo percorsi di interazione con il territorio e tutte le istituzioni interessate, ed avviare percorsi anche innovativi di riorganizzazione dei servizi e di utilizzo razionale delle risorse al fine di rispondere appropriatamente ai bisogni di salute dei cittadini, tenendo conto dei profondi cambiamenti epidemiologici e sociali che caratterizzano il contesto del Paese;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. per l'anno 2017 debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto ai contenuti delle linee progettuali individuate per l'anno 2016, tenendo conto in particolare della necessità di investire nel campo dell'assistenza primaria, della cronicità e della non autosufficienza, oltre alle tematiche vincolate relative al Piano Nazionale della Prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore;
2. per l'anno 2017 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati A e B del presente Accordo, di cui ne costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:
 - linea progettuale ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA;
 - linea progettuale SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI;
 - linea progettuale CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA - con vincolo di risorse pari a 100 milioni di euro;
 - linea progettuale PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE - con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP - Network;
 - linea progettuale GESTIONE DELLA CRONICITA'. MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA;
 - linea progettuale RETI ONCOLOGICHE;
3. a seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2017, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182 /C.S.R.), in applicazione dell'articolo 1, comma 34bis 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 complessive di assegnazione per l'anno 2017;
4. entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, le Regioni sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A del presente accordo e rispettando i contenuti presenti nello stesso allegato. In particolare le Regioni sono tenute a:





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- a. presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network; linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore,
- b. presentare un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando tutte le restanti risorse assegnate per gli obiettivi di Piano.

Non devono essere presentati più progetti per la stessa linea progettuale. Qualora si intenda presentare un progetto che prosegua quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento;

5. ogni progetto dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzia:
 - gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili ed i costi connessi;
 - gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti;
6. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2017, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente;
7. 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'articolo 9 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
8. 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 SEGRETARIO
Antonio Nadeo



IL PRESIDENTE
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

ALLEGATO A

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 2017

1. Linea progettuale:

ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA

In quest'ultimo decennio le scelte di politica sanitaria sono state orientate alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali che ha portato, da un lato, a un cambiamento del ruolo dell'ospedale, sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute, e dall'altro al potenziamento del sistema dell'assistenza primaria 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 d'iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute e alla responsabilizzazione delle persone nel proprio percorso di cura.

La legge 189 del 2012 ha rappresentato, a tale proposito, un significativo balzo in avanti nel 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 Patto per la Salute 2014-2016 (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.



Arece prioritarie di intervento:

Quanto sopra premesso e in continuità con quanto previsto nell'Accordo per l'anno 2016, si individuano di seguito le linee progettuali per gli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017.

- a) **attivazione/implementazione di forme organizzative dell'assistenza primaria, nell'ambito dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale che devono essere delineati dalle Regioni** ed in attuazione di quanto previsto dall'art. 1 della legge 189 del 2012. E' pertanto prioritario l'attivazione delle forme 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 per l'erogazione dell'assistenza primaria. 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.

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 e per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale;
 - garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) con particolare riferimento alla gestione integrata delle persone con patologie croniche sia attraverso l'integrazione assistenziale tra le componenti della medicina convenzionata (MMG, PLS, MCA) che attraverso l'integrazione informativa tra questa e la rete distrettuale e specialistica, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza;
- 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, strutture residenziali per malati cronici non autosufficienti, strutture residenziali di riabilitazione, strutture residenziali per disturbi psichiatrici, ecc.), 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.

A tal proposito, le Regioni presentano un unico progetto, relativo ad una delle aree di priorità sopra indicate, da sviluppare in coerenza con la normativa nazionale sopra richiamata e che costituisca parte integrante del processo regionale di riordino dell'assistenza primaria.



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 ed operatori, nella tensione a riconoscere ad ognuno il diritto alla propria dignità intrinseca ed alla promozione dei valori della persona.

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 ed i pazienti pediatrici, anche assistiti domiciliarmene, altresì per dare attuazione all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, sulla revisione dell'accreditamento.

Il Patto per la Salute 2014-2016, all' art. 4 "*Umanizzazione delle cure*" ha stabilito che le Regioni predispongano un programma annuale di umanizzazione delle cure che preveda l'elaborazione di un progetto in tema di formazione del personale, che preveda anche un cambiamento nell'ambito organizzativo, orientando le Regioni prevalentemente per l'area critica pediatrica, comunicazione, oncologia e assistenza domiciliare. Inoltre il citato Patto ha previsto "l'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita".

Gli interventi in questo contesto possono essere inquadrati nei seguenti ambiti:

Ambito organizzativo

- accoglienza, informazione, consenso informato, coinvolgimento dei familiari;
- integrazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione con l'inserimento mirato di specifici interventi di ambito psicologico;
- progetti di supporto specificamente dedicati a pazienti fragili.

Ambito relazionale

- relazione tra medico paziente e altro personale sanitario;
- benessere del personale, stress da lavoro.

Ambito strutturale

- progettazione di ambienti di cura ed assistenza, in modo da soddisfare le esigenze di umanizzazione per il miglioramento delle condizioni dei pazienti e del personale.

Obiettivi e Aree prioritarie di intervento

- Promozione di iniziative formative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai *caregiver*, 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 ed alla comunicazione di prognosi infausta.



- Promozione di 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.
- Monitoraggio del grado di umanizzazione delle aziende sanitarie con items di una checklist umanizzazione per costruire gli indicatori a livello aziendale.

A tal proposito, le Regioni presentano un unico progetto, nell'ambito del programma regionale per la realizzazione di interventi di umanizzazione in ambito sanitario, che coinvolga gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza e che preveda almeno un'azione di cambiamento organizzativo; tale programma, supportato da almeno un'attività di formazione del personale, è indirizzato prioritariamente alle seguenti aree assistenziali:

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

Il progetto regionale indica, inoltre, criteri omogenei e condivisi per il monitoraggio della qualità percepita e i necessari obiettivi informativi e formativi rivolti agli operatori e ai caregiver, da conseguire per l'anno di riferimento.

3. Linea progettuale:

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

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 di Bolzano (Rep. Atti 151/CSR del 25 luglio 2012), 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. Inoltre l'Intesa definisce dettagliatamente le caratteristiche necessarie per l'accreditamento delle strutture residenziali in hospice, domiciliari, ospedaliere ed ambulatoriali che possono operare nella rete di terapia del dolore e di cure palliative per il paziente adulto e pediatrico.

E' obiettivo prioritario dare attuazione a quanto previsto dalla citata Intesa sull'attuazione della Rete locale di cure palliative sul territorio nazionale. In particolare occorre che le Regioni attivino una *struttura di coordinamento dedicata*, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge n. 38/2010.



In particolare, le cure palliative domiciliari sono erogate sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete locale di cure palliative e sono costituite da un complesso integrato di prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici necessari ai sensi della normativa vigente e dei preparati per nutrizione artificiale, nonché da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e 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.

Ai sensi dell'art. 23 "Cure palliative domiciliari" del DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, le cure sono erogate dalle **Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari** che garantiscono sia gli *interventi di base* coordinati dal Medico di Medicina Generale, sia gli *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 caregiver.

Gli *interventi di base* garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.

Gli *interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate* sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale. Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una équipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato". Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazioni agli esiti della valutazione multidimensionale.

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

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

Aree prioritarie di intervento:

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

- garantire uniformità della presa in carico del paziente con bisogni di cure palliative;
- perseguire l'individuazione precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative, utilizzando modelli di valutazione del paziente scientificamente validati per l'accesso e l'erogazione delle cure in setting domiciliare;
- ampliare l'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici;
- assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica.



- assicurare al paziente, soprattutto in età pediatrica, una adeguata assistenza domiciliare;
- potenziare l'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico la continuità assistenziale tra hospice e domicilio e tra ospedale e domicilio.

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

- a) definizione di percorsi e procedure omogenei sul territorio per la individuazione precoce, la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata del paziente (adulto e pediatrico) oncologico e non oncologico con bisogni di cure palliative;
- b) definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa;
- c) analisi dei costi di erogazione delle cure palliative domiciliari di base e specialistiche, articolate per livello di intensità assistenziale, ai fini della fissazione di tariffe di remunerazione dell'attività;
- d) definizione di un piano di formazione e di aggiornamento rivolto ai MMG, ai PLS ed al personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliativa di base e specialistica;
- e) definizione di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti;
- f) definizione di percorsi per la continuità e l'integrazione assistenziale del paziente con bisogno di cure palliative nei diversi setting assistenziali (hospice, domicilio, ospedale);
- g) miglioramento della qualità dei dati sulle cure palliative domiciliari trasmessi tramite il flusso informativo dedicato (SIAD), con particolare riguardo alla diagnosi e al bisogno assistenziale.

Per la realizzazione di questa linea progettuale è presente un vincolo di 100 milioni di euro, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38, da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo (Allegato B).

4. Linea progettuale:

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Premessa

L'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il 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 modificazioni ed 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 registri regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazioni tumori e registri Tumori.



Il vigente Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 intende promuovere la prevenzione all'interno del sistema sanitario attraverso l'individuazione di "azioni centrali" che facilitano la trasversalità degli interventi, tra i diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative, e che hanno la finalità di migliorare la capacità del sistema sanitario nell'erogare e promuovere gli interventi di prevenzione.

- **Obiettivo prioritario: "Piano Nazionale della Prevenzione"**
- **Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione"**

Obiettivo prioritario: "Piano Nazionale della Prevenzione"

Per tale obiettivo prioritario, non si dettaglia il contenuto in quanto si fa riferimento agli obiettivi e ai programmi individuati dal Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e alle relative modalità di attuazione e di monitoraggio (Accordo Stato-Regioni 25.3.2015 "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018- documento di valutazione").

A tal fine le Regioni devono presentare lo stato di avanzamento del proprio Piano regionale della prevenzione 2014-2018, secondo quanto previsto dal citato Accordo Stato-Regioni 25.3.2015 "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 - documento di valutazione".

Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione"

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

- la riflessione sistematica sul modello di governance più appropriato, sulla base dell'assetto istituzionale conseguente alla riforma del Titolo V, parte seconda, 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 dei 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 2014-2016 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.

Di seguito si riporta una sintesi delle funzioni e delle modalità di organizzazione dei Network.

Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

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

I compiti e le funzioni dell'Osservatorio - sono:

- a) supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale;
- b) attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale;
- c) attività di *site-visits* (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale);
- d) promozione della ricerca in ambito di screening;
- e) sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati

Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

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

In particolare, sono identificati i seguenti compiti:

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

Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)

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

Attualmente fanno parte del network 40 Registri Tumori (che hanno superato il processo di accreditamento tecnico-professionale all'eccellenza) appartenenti a 16 Regioni. L'Istituto



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:

Si intende svolgere le seguenti attività, modulate secondo i bisogni della singola Regione:

Con Osservatorio Nazionale Screening (ONS):

- 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;
- site visits;
- promozione della ricerca applicata in ambito di screening;
- migliorare la qualità dell'informazione, della comunicazione e rendicontazione dei risultati.

Con Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP):

- supporto alla redazione dei Piani Regionali di Prevenzione;
- eventuali integrazioni di ricerca delle evidenze per specifiche esigenze regionali;
- valutazioni di effectiveness di interventi regionali e/o nazionali.

Con Associazione Italiana dei Registri Tumori (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.



Complessivamente, per la realizzazione di questa linea progettuale (PNP e supporto al PNP-Network) è presente un vincolo di 240 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B).

Nell'ambito del suddetto vincolo di 240 milioni di euro per il PNP **le Regioni devono presentare lo stato di avanzamento del proprio Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018, secondo quanto previsto dal citato Accordo Stato-Regioni 25.3.2015 "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 - documento di valutazione"**.

Per le iniziative di collaborazione con *l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)*, con *l'Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)* e con il *Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEPB)*, ai fini dello svolgimento delle attività inerenti l'obiettivo prioritario "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione", le Regioni dovranno adottare un progetto regionale, cui è destinato il 5 per mille delle risorse vincolate assegnate al PNP, i cui obiettivi ed azioni specifici da implementare sono dettagliate in sede di Coordinamento interregionale della Prevenzione della Conferenza Stato-Regioni, in raccordo con la Direzione competente del Ministero, entro 30 giorni dalla definizione del presente Accordo.

5. Linea progettuale:

GESTIONE DELLA CRONICITÀ.

In relazione a questa tematica si identificano due aree di interesse (5.1 e 5.2), sulle quali le Regioni possono elaborare un progetto.

5.1 MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE

Nel corso degli ultimi anni si è consolidata, anche in Italia, la consapevolezza che, per affrontare le sfide della cronicità in termini di aumentata incidenza, complessità e richiesta di risorse, è necessario lo sviluppo di nuove modalità assistenziali centrate sui bisogni della persona, sull'integrazione dei professionisti e dei servizi e sulla definizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi.

L'obiettivo è di organizzare una rete che, tenendo conto delle realtà locali, integri tutti i professionisti coinvolti nel processo di assistenza (MMG, PLS, specialisti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, ...) attraverso un percorso assistenziale centrato sul paziente, con scelte terapeutiche basate sulla EBM (obiettivi di salute, prestazioni, terapia, ecc.) e con la promozione dell'empowerment del paziente, fino ad arrivare ad un vero e proprio "Patto di Cura".

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, ponendo, in un unico quadro d'insieme, tutti i fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario integrati con le risorse



comunità. Esso ha come obiettivo una gestione territoriale sempre più proattiva, con lo spostamento progressivo verso formule di gestione ambulatoriale o di day service. 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 elementi fondamentali: le risorse della comunità, le organizzazioni sanitarie, il supporto all'autocura della persona, l'organizzazione del team multidisciplinare e multiprofessionale, il supporto alle decisioni, i sistemi informativi.

I nuovi modelli assistenziali per la gestione delle malattie croniche prevedono la centralità del paziente attraverso 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. In linea generale, partendo da un' idonea 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 (Information and Communication Technology)** 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, i modelli di ICT 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.*

A tal fine è stato approvato il "**Piano Nazionale della Cronicità**" (PNC), con Accordo Stato-Regioni il 15 settembre 2016, in coerenza con quanto indicato dal Patto per la Salute 2014-2016, all'art. 5 "assistenza territoriale", comma 21. Il documento nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale tutte le attività in questo campo e, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individua un disegno strategico comune, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Pertanto, il Piano indica la strategia complessiva e gli obiettivi attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) multidisciplinari.

Obiettivo finale del PNC è quello di promuovere modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici, per il miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza ed assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. Inoltre, i piani



cura personalizzati e la tecnoassistenza vengono individuati come strumenti utili per integrare le reti territoriali e la conseguente completa presa in carico del paziente.

Aree prioritarie di intervento:

Per la gestione delle malattie croniche, in coerenza con quanto riportato nel PNC, vengono individuate le seguenti aree prioritarie di intervento:

- *garantire la continuità delle cure*, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- *perseguire il coordinamento funzionale* delle 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 servizi sanitari e sociali;
- *creare una rete tra le strutture specialistiche* valorizzando le diverse e specifiche competenze;
- *concepire l'ospedale* come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cura per la cronicità, che interagisca con lo specialista ambulatoriale e con l'assistenza primaria.
- *adottare e mettere in pratica le raccomandazioni nazionali per la definizione di PDTA* condivisi con le Associazioni di persone con cronicità, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;
- *garantire la presa in carico di ogni paziente con patologia cronica attraverso un PDTA personalizzato* 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 del personale* destinato alla gestione della persona con cronicità (sanitario e non);
- *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 nuovi modelli di remunerazione adeguati al malato cronico*;
- *individuare modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio* dell'efficacia degli interventi sanitari e 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);
- *adottare modelli di assistenza sanitaria che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente* (Teleconsulto specialistico, Telemonitoraggio medicale, Televisita, Telesalute, Telecooperazione sanitaria).



5.2 ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA

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 pazienti.

Con il termine "*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. *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.

Per rispondere alla complessità di tali bisogni, si stanno sviluppando modelli assistenziali innovati volti a 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.

Riguardo all'accesso ai servizi territoriali-distrettuali, in coerenza con quanto definito nel Patto per la Salute per gli anni 2014-2016", all'art. 6 "assistenza socio sanitaria" comma 3, nelle diverse realtà regionali sta assumendo rilevanza strategica la presenza di un "*punto unico di accesso*" (*PUA*) ai servizi sanitari e sociosanitari, funzionalmente o strutturalmente organizzato, capace di dare una risposta efficace ed immediata al paziente con un bisogno di salute e assistenza semplice, o pronto ad avviare un percorso articolato di presa in carico del paziente che presenta bisogni di salute più complessi, per i quali è necessario valutare anche la situazione familiare, sociale ed economica.

In questi ultimi casi è fondamentale la definizione di un *Piano di cura personalizzato (PAI)* che definisca gli obiettivi ed i risultati attesi in termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona e individui il livello di complessità, la durata dell'intervento, le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, compatibilmente con le risorse a disposizione.

Nel PAI sono individuate le responsabilità dei soggetti/strutture coinvolte e gli operatori che seguiranno il paziente, tenendo conto anche della situazione socio-ambientale, inclusa la presenza di relazioni familiari e di Caregiver di riferimento, elementi questi che, per le persone non autosufficienti, concorrono alla scelta di una assistenza di tipo domiciliare o residenziale.

Infine, è necessaria la rivalutazione periodica e sistematica, da parte di un'equipe multi-professionale, delle condizioni complessive della persona e del suo stato di salute/benessere al fine di confermare o adeguare il PAI in relazione all'evoluzione dei bisogni assistenziali.

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, 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'assistenza domiciliare integrata (ADI) è la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse di persone non autosufficienti, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie anche di elevata complessità ed intensità assistenziale favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare.

Essa si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di un insieme integrato di prestazioni, sia sanitarie (ad es. mediche, infermieristiche e riabilitative, assistenza farmaceutica e accertamenti



diagnostici), sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche), da parte di diverse figure professionali.

L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, la preliminare valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un Piano di cura personalizzato, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi.

I servizi domiciliari devono orientare la loro azione sulla base dei seguenti criteri: mantenere la persona nel suo ambiente di vita, supportare la famiglia, offrire soluzioni alternative quando tale supporto manca o viene meno, assicurare continuità assistenziale mediante "dimissioni programmate" dall'ospedale per acuti, così come dalle strutture riabilitative (post-acute ed estensive) o dalla *Residenze sanitarie assistenziali (RSA)*.

Infatti, laddove, non è possibile mantenere il malato non autosufficiente presso il proprio domicilio, anche a causa della mancanza di una adeguata rete socio-familiare, il SSN garantisce comunque l'assistenza presso strutture accreditate che, in regime residenziale o semiresidenziale, erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di intensità assistenziale diversificata, volte al recupero e/o al mantenimento delle condizioni cliniche del paziente, e che in generale si distinguono in:

- a) trattamenti intensivi, di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario a persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore, supporto di riabilitazione con team dedicato (stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.);
- b) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore;
- c) trattamenti a pazienti con demenza nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protettivo";
- d) trattamenti di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogati a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria;

Infine, l'introduzione della ICT 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.

L'obiettivo finale è quello di garantire pari opportunità di accesso ad un'assistenza riabilitativa di qualità, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali, alle condizioni di fragilità e di non autosufficienza.

Aree prioritarie di intervento:

Per l'assistenza e la riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza, vengono individuate le seguenti aree prioritarie di intervento:

- *incrementare iniziative finalizzate a facilitare l'accesso all'assistenza delle persone in contesti sociali difficili;*



- *garantire la continuità assistenziale del paziente fragile e della persona non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali e nel percorso inverso;*
- *incrementare l'attività dell'ADI per i soggetti in condizioni di disagio sociale;*
- *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 modelli ICT (Information and Communication Technology) quali la teleconsulenza, il teleconsulto e il telemonitoraggio;*
- *garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere, 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 anziani non autosufficienti, articolate per livelli di intensità, utili alla determinazione di tariffe di riferimento;*
- *implementare le attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, cura e gestione della non autosufficienza e della fragilità nei suoi aspetti clinico-assistenziali.*

Tutto quanto sopra premesso, sulla linea progettuale Gestione della cronicità, che racchiude gli ambiti di intervento di cui ai punti 5.1. e 5.2., le Regioni presentano un unico progetto, dettagliato nei tempi, nei costi, negli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono raggiungere e negli indicatori numerici individuati per il monitoraggio dei risultati attesi.

6. Linea progettuale:

RETI ONCOLOGICHE

Premessa

L'Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 (Rep. Atti n. 144/CSR), con l'art. 1 "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016", ha prorogato al 31 dicembre 2016 la validità del "Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro" e, con gli articoli 2, 3 e 4, ha recepito tre documenti elaborati da gruppi di lavoro istituiti dal Ministero con esperti e rappresentanti del Coordinamento delle Regioni e Provincie Autonome come da mandato dell'Intesa del 10 febbraio 2011.



Pertanto il documento *“Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali”* rappresenta lo strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche, il *“Documento metodologico Health Technology Assessment e oncologia”* definisce gli aspetti metodologici da utilizzare nella valutazione HTA (Health technology assessment) in oncologia e i criteri prioritari per indirizzare l’uso delle risorse disponibili alle valutazioni di HTA e, infine, il documento *“Buon uso delle risorse in oncologia”* identifica una serie di tecnologie a forte rischio di inappropriattezza e rispetto alle quali è necessario verificarne l’uso con la prospettiva di potere, in relazione alle applicazioni specifiche, essere considerate pratiche dismissibili.

In conclusione, l’Intesa del 30 ottobre 2014 ha confermato il processo di pianificazione nazionale per l’oncologia e il rafforzamento dell’azione delle Regioni e del Ministero nella lotta contro il cancro.

Obiettivo prioritario: “costituzione di reti oncologiche regionali”

L’Intesa Stato-Regioni stipulata il 10 febbraio 2011 (Rep. Atti n. 29/CSR) ha approvato il *“Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro. Anno 2011-2013”* che ha come finalità quella di promuovere standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati per diminuire la mortalità; sviluppare reti oncologiche ad alta tecnologia secondo il modello organizzativo *“hub & spoke”*; ridurre il divario tecnologico, organizzativo e assistenziale esistente fra le diverse aree del Paese; tagliare gli sprechi.

Inoltre Ministero e Regioni si sono impegnati, ai sensi dell’art. 2 della citata Intesa, 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, al fine di consentire alle Regioni di utilizzare al meglio le indicazioni programmatiche del citato Documento Tecnico.

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, si configura come assistenza primaria (educazione sanitaria, prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), in parte come assistenza specialistica di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed infine contiene un’importante area di ricerca scientifica ed applicativa.

La *“Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali”*, approvata con l’Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014, nell’attuare il predetto mandato ha inteso assumere un’ottica allargata, rispettosa dell’autonomia organizzativa delle singole Regioni al fine di identificare gli elementi costitutivi (obiettivi e criteri di attuazione) di una rete costo-efficace comuni a qualsivoglia modello organizzativo venga ritenuto dalle Regioni più idoneo al proprio contesto. Inoltre le indicazioni contenute nella Guida, differenziate nel merito dei modelli organizzativi deliberati dalle singole Regioni, intendono favorire un approccio coerente rispetto ai principi indicati a livello nazionale.

La Guida prevede, poi, espressamente che articolazioni specifiche siano opportune per alcuni casi definiti, in particolare per la costituzione di una rete dei tumori rari. A questo ultimo riguardo, occorre anche considerare che il gruppo di lavoro, costituito con decreto del Ministro pro tempore del 14.02.2013, ha concluso i propri lavori proponendo una Linea progettuale per l’attuazione degli obiettivi del PSN dedicata alla implementazione di una Rete Nazionale dei Tumori Rari. Tale proposta va ricondotta all’interno di ulteriori sviluppi istituzionali: infatti, in data 3/12/2015 si è tenuto un dibattito parlamentare per la discussione di 5 Mozioni (nn° 1-01075; 1-01063; 1-01079; 1-01073; 1-01074) con l’approvazione di *“Impegni per il Governo”* concernenti la realizzazione di una rete nazionale dei tumori rari.

Tanto premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare un unico progetto dettagliato nei tempi, nei costi, negli obiettivi qualitativi e quantitativi che intendono raggiungere e negli indicatori numerici individuati per il monitoraggio dei risultati attesi, finalizzato ad a Rett



iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione.

Il progetto dovrà tener conto dei seguenti indirizzi:

- il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella *“Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali”* di cui all’Intesa Stato–Regioni del 30 ottobre 2014;
- il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica;
- il supporto alla rete nazionale dei tumori rari.



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 2017

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2017
1.233.784.000. Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2017 (al 01.01.2016)	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	di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network
PIEMONTE	4.404.246	4.404.246	96.003.513	100.648.707	8.157.725	19.578.540	97.893
VAL D'AOSTA	127.329	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.008.349	10.008.349	218.165.989	228.717.329	18.537.874	44.490.899	222.454
BOLOGNA	520.891	-	-	-	-	-	-
TRENTO	538.223	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.915.123	4.915.123	107.141.814	112.323.602	9.103.992	21.849.582	109.248
FRULLI	1.221.218	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.571.053	1.571.053	34.246.441	35.902.729	2.909.969	6.983.925	34.920
EMILIA R.	4.448.146	4.448.146	96.962.463	101.651.938	8.239.038	19.773.692	98.868
TOSCANA	3.744.398	3.744.398	81.621.883	85.569.429	6.935.528	16.645.266	83.226
UMBRIA	891.181	891.181	19.426.319	20.365.850	1.650.682	3.961.637	19.808
MARCHE	1.543.752	1.543.752	33.651.323	35.278.829	2.859.401	6.862.562	34.313
LAZIO	5.888.472	5.888.472	128.359.265	134.567.209	10.906.869	26.176.486	130.882
ABRUZZO	1.226.513	1.226.513	28.915.860	30.314.342	2.457.022	5.896.852	29.484
MOLISE	312.027	312.027	6.801.689	7.130.645	577.949	1.387.078	6.935
CAMPANIA	5.850.850	5.850.850	127.539.165	133.707.446	10.837.184	26.009.242	130.046
PUGLIA	4.077.166	4.077.166	88.875.693	93.174.061	7.551.894	18.124.546	90.623
BASILICATA	573.694	573.694	12.505.611	13.110.430	1.062.620	2.550.287	12.751
CALABRIA	1.970.521	1.970.521	42.954.204	45.031.633	3.649.880	8.759.712	43.799
SICILIA (*)	5.074.261	5.074.261	110.610.768	56.289.820	4.562.372	10.949.694	54.748
SARDEGNA	1.658.138	-	-	-	-	-	-
TOTALI P.	60.665.551	56.599.752	1.233.784.000	1.233.784.000	100.000.000	240.000.000	1.200.000



(*) 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.



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

17/150/SR01-02-03-04/C7

*Revisato in corso di
sedute
25/10/17*



Att. c

**POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI
DELIBERAZIONE DEL CIPE CONCERNENTE IL RIPARTO TRA LE REGIONI DELLE
DISPONIBILITÀ FINANZIARIE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER
L'ANNO 2017**

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112

Punto 1) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

**SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DI CONCERTO
CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, DI RIPARTIZIONE
DELLE QUOTE PREMIALI PER L'ANNO 2017**

Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 67 bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191

Punto 2) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

**SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI DELIBERAZIONE DEL
CIPE RELATIVA ALL'ASSEGNAZIONE ALLE REGIONI DELLE QUOTE VINCOLATE
ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE
PER L'ANNO 2017**

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662

Punto 3) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

**SULL'ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI
TRENTO E BOLZANO SULLA PROPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI LINEE
PROGETTUALI PER L'UTILIZZO DA PARTE DELLE REGIONI DELLE RISORSE
VINCOLATE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE
PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE PER L'ANNO 2017**

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662

Punto 4) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sui primi tre provvedimenti in oggetto e avviso favorevole all'accordo sull'ultimo provvedimento, con le seguenti considerazioni e richieste.

Per l'anno 2017 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stato determinato, all'articolo 1, comma 392, della legge di bilancio n. 232 del 2016, in **113.000 milioni** di euro.

Il Decreto 5 giugno 2017 "Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale" ha previsto una riduzione del livello di finanziamento del SSN di € 423.000.000 per l'anno 2017 e a decorrere dall'anno 2018 di € 604.000.000. Tale rideterminazione deriva dalla mancata sottoscrizione dell'accordo tra Governo e Autonomie speciali relativo al contributo delle stesse al risanamento dei conti pubblici.

Detto importo viene ridotto di € 325.000.000 e di € 500.000.000 per consentire il finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi.

Pertanto il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è di **111.751,99 milioni** di euro.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 23 febbraio 2017 ha definito l'Accordo politico per la ripartizione delle risorse per il SSN per l'anno 2017 e nella riunione del 9 marzo 2017 e ha approvato le Matrici anno 2015 ai fini della predisposizione della tabella relativa alla mobilità sanitaria interregionale del riparto delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale anno 2017.

Vengono proposte dal Ministero della Salute **tre intese** per il riparto dei Fondi, rispettivamente per la Quota indistinta, per le Quote premiali e per gli Obiettivi di carattere prioritario del PSN e un accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate agli obiettivi prioritari di PSN.

Il Decreto Ministeriale sulle modalità di ripartizione dei due Fondi dedicati ai farmaci innovativi è stato recentemente inviato alle Regioni per una valutazione ai fini dell'iscrizione in una prossima seduta della Conferenza Stato Regioni.

Si evidenzia in questa sede l'eccessiva frammentarietà delle risorse.

Il superamento del frazionamento delle risorse, con la confluenza di tutti i fondi nell'ambito del riparto della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard, da effettuarsi entro i primi mesi dell'anno, darebbe certezza alla programmazione in ambito regionale. Inoltre, il sistema di verifica degli adempimenti regionali di cui al Tavolo e al Comitato istituiti a seguito dell'Intesa tra lo Stato e le Regioni 23 marzo 2015 già costituisce un robusto e articolato strumento di valutazione sull'erogazione e sulle condizioni di erogazione dei Lea nelle singole Regioni. Il Nuovo Sistema di Garanzia, la cui predisposizione è in fase finale, costituisce un ulteriore livello di misurazione dei servizi sanitari regionali.

Approvare in chiusura d'anno le linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate agli obiettivi di piano dell'anno in corso costituisce mera formalità, ma avvio di un lavoro burocratico-amministrativo per le Regioni (predisposizione dei progetti e loro successiva rendicontazione) e per il Ministero (approvazione dei progetti e finale approvazione dei risultati, per lo svincolo del 30% delle risorse). Ad oggi la liquidazione finale è ferma all'anno 2012.

Si chiede pertanto al Ministero della Salute di snellire le procedure e di ancorare la liquidazione del 30% alla chiusura del processo di verifica degli adempimenti regionali.

Inoltre, coerentemente con quanto riportato nel documento della Conferenza delle Regioni e Province autonome per la riunione monotematica con il Ministro della Salute del 22 giugno 2017, si chiede di aprire una riflessione sul superamento dell'istituto degli obiettivi di PSN che, così come attualmente configurato e organizzato, porta dubbi benefici al SSN, a fronte di ingenti aggravi procedurali.

Sotto il profilo tecnico, il riparto relativo alla **Quota indistinta**, pari a **€ 108.948.660.735**, comprende, tra l'altro, le risorse per la cura dalla dipendenza dal gioco d'azzardo, per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini e per il concorso al



rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Congiuntamente al riparto della **Quota premiale**, pari a € **281.442.500**, il riparto ministeriale è sovrapponibile al riparto oggetto dell'Accordo politico tra i Presidenti del 23 febbraio (ripartiti nella proposta ministeriale 10 mln in più circa).

Il riparto relativo alle **quote vincolate alla realizzazione dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale** – totale complessivo € 1.500.000.000 - è pari a € **1.233.784.000**.

La differenza viene destinata per 175 milioni alla costituzione del Fondo farmaci innovativi e per 91,216 alla costituzione di accantonamenti (compresi 10 milioni da ripartire a favore delle Regioni colpite dal terremoto).

Degli accantonamenti, 32,5 milioni sono destinati a “finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa”; ad oggi, la finalizzazione è operata dal decreto-legge 16 ottobre 2017 n. 148 per 21,5 milioni; le risorse non finalizzate da disposizioni legislative entro l'anno, dovranno riconfluire nel riparto delle Regioni.

Roma, 26 ottobre 2017

