Ministero della Salute
DGPROGS
0010611-P-05/04/2018
275354837

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio II
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

AL SIG. MINISTRO

per il tramite
dell'Ufficio di Gabinetto

OGGETTO: Proposta del Ministro della Salute di ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate, ai sensi dell' art. 1, comma 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, per l'anno 2015, dei progetti delle Regioni: Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia.

Approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'articolo 79 del decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133.

L'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n. 662 prevede, tra l'altro, che il CIPE possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti ai sensi del successivo comma 34 *bis*.

Il comma 34 *bis* del richiamato articolo 1, come modificato dal comma 1 *quater* dell'articolo 79 del decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, ha disposto che le Regioni devono elaborare specifici progetti per il perseguimento dei suddetti obiettivi, sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della Salute, da approvarsi con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti, a seguito della stipula dell'Accordo 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) e dell'Intesa 23 dicembre 2015, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR), è stato previsto che il Ministero dell'Economia e delle Finanze erogasse a titolo di acconto, il settanta per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione della quota residua del trenta per cento è subordinata all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

Con l' Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), sono state convenute tra Governo e Regioni le linee progettuali di seguito

indicate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, anche in continuità con le linee progettuali individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-Regioni del 30 Luglio 2015), in coerenza con il Patto per la Salute 2014-2016.

Al fine della predisposizione degli specifici progetti regionali per l'anno 2015, sono state integralmente riproposte le linee progettuali già individuate per l'anno 2014, che si presentano complessivamente in numero ridotto rispetto agli anni precedenti.

Lo scenario delineato evidenzia esplicitamente la necessità di una rivisitazione a diversi livelli dell'intero sistema salute, con il chiaro obiettivo di aumentarne l'efficienza, nell'ottica di individuazione di strategie condivise volte a superare le difformità tra aree territoriali, ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, per omogeneizzare lo standard di qualità verso l'alto in tutto il Paese. Il sistema sanitario attuale è caratterizzato da dinamiche sempre più significative e progressive che richiedono capacità di adattamento strutturale, funzionale ed organizzativo dei sistemi operativi, per il raggiungimento di un equilibrio appropriato tra costi del sistema, benefici di salute prodotti e qualità dei servizi offerti.

Anche per il 2015 è stata confermata l' individuazione di aree prioritarie di intervento e di strategie adeguate a salvaguardare il bisogno di salute, attraverso la realizzazione di molteplici interventi che includono la prevenzione dell'insorgenza delle malattie, la cura delle patologie acute, la gestione delle cronicità e della non autosufficienza, in un'ottica tesa a sviluppare i processi di umanizzazione nell'ambito dei percorsi assistenziali e a realizzare le attività necessarie a garantire servizi funzionali ai bisogni delle persone fragili. Le scelte strategiche individuate hanno lo scopo di delineare un sistema di azioni in grado di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario e, nel contempo, a migliorare la qualità di vita dei cittadini.

Le 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 2015, di cui agli allegati A e B dell'Accordo 23 dicembre 2015 sono:

1. Attività di assistenza primaria.
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.
3. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica (vincolo di 100 milioni di euro).
4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione (vincolo di 240 milioni di euro).
5. Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza.
6. Reti oncologiche.

Con l'Intesa del 23 Dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) è stata approvata la proposta del Ministro della Salute relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l' anno 2015, per un valore pari a 888.073.445 mln di euro da ripartirsi tra le Regioni, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, fermi restando i vincoli sulle risorse destinate ad alcune linee progettuali (Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica; Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione). A norma della vigente legislazione sono escluse dalla ripartizione le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano, mentre per la Regione Siciliana sono state operate le vigenti riduzioni.

Anche per quanto attiene alle modalità di erogazione della quota residua delle risorse (30%), l'Accordo non prevede cambiamenti rispetto alle procedure consolidate negli anni precedenti: l'erogazione è, infatti, subordinata all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

	Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2015	**Quote Vincolate**
1	Attività di assistenza primaria	----------
2	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	----------
3	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	100.000.000
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	240.000.000
5	Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	----------
6	Reti oncologiche	----------
	TOTALE	340.000.000

In sintesi i contenuti delle linee progettuali individuate dall'Accordo 23 dicembre 2015:

1. Attività di assistenza primaria: la linea progettuale propone lo svolgimento di interventi finalizzati all'attuazione dell'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016 nei seguenti ambiti:

- attivazione/implementazione di forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) per l'erogazione delle Cure Primarie, che si prefiggono obiettivi quali: assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali, garantire la continuità delle cure e la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana (H 24), avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina Generale; garantire l'applicazione di

percorsi assistenziali condivisi (PDTA) e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni: relazionale, gestionale ed informativa; favorire la medicina di iniziativa, le iniziative di continuità ospedale-territorio anche attraverso l'individuazione di strutture intermedie di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera (Ospedali di Comunità/presidi territoriali), al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo una omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, ecc.

2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali: la linea progettuale propone lo sviluppo dei processi di umanizzazione attraverso diverse iniziative quali: l'individuazione di criteri regionali omogenei e condivisi per l'efficace conduzione delle azioni di monitoraggio della qualità percepita; l'individuazione a livello regionale di un set minimo di obiettivi informativi e formativi cui improntare le iniziative divulgative e formative rivolte agli operatori ed ai care givers, ecc.

3. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica: la linea progettuale si propone, in particolare, di ampliare l'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici, assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica, garantire un'adeguata assistenza domiciliare, soprattutto in età pediatrica; sviluppare l'assistenza domiciliare palliativa, garantendo al paziente in carico alla rete la continuità assistenziale tra hospice e domicilio. Le iniziative svilupperanno aspetti quali: l'analisi comparativa dell'offerta regionale di assistenza palliativa domiciliare rispetto ai contenuti dell'Intesa del 25 luglio 2012; la definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa; l'accreditamento regionale degli erogatori; la definizione di procedure di valutazione e controllo atte a garantire il corretto accesso alle cure palliative domiciliari per pazienti non oncologici; l'elaborazione di piani di formazione e di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliative di base e specialistica e di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti, ecc.

4. Piano Nazionale Prevenzione: il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) approvato con l'Intesa Stato Regioni del 13 novembre 2014 prevede all'articolo 1, comma 2, che le Regioni recepiscano, con apposita delibera, il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, disponendo di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del Piano Nazionale Prevenzione. La linea progettuale tiene conto di quanto stabilito dall'art. 17 del Patto per la Salute 2014-2016.
   Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione"
   Gli obiettivi generali dell'obiettivo prioritario consistono nel supportare l'attuazione del PNP mediante il sostegno al funzionamento dei tre network regionali individuati dall'articolo 17 del Patto per la Salute: Osservatorio Nazionale Screening (ONS); Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP); Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM).

5. Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche: la linea progettuale propone di garantire numerosi interventi, tra i quali: la continuità delle cure mediante gestione integrata da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri, perseguendo

il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, PLS, specialisti e distretti, finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero; l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, la creazione di reti tra le strutture specialistiche; interventi formativi con percorsi di accreditamento, costruzione di banche dati. I nuovi modelli assistenziali per la gestione delle malattie croniche hanno previsto l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) ed il riferimento a modelli quali il Disease Management (DM), il Chronic Care Model (CCM) e l'utilizzo di indicatori per la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza. Prevista anche la sperimentazione di modelli di assistenza in grado di coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, ecc..
Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza: la linea si è proposta di garantire la continuità assistenziale della persona fragile o non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e la relativa presa in carico da parte dei servizi territoriali, implementando la presa in carico unitaria ed i punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali, favorendo l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento del MMG nel percorso di cura. Inoltre si è inteso: potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata, anche attraverso la teleconsulenza, il teleconsulto e la teleassistenza; garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere; verificare la corrispondenza, sotto il profilo dell'intensità assistenziale, tra il bisogno riabilitativo e la tipologia di trattamento usufruita dalle persone inserite in strutture territoriali; la rilevazione dei costi dell'assistenza residenziale in strutture per persone non autosufficienti, l'implementazione di attività formative, ecc..

6. Reti oncologiche: la linea progettuale ha proposto l'adozione di iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione; il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali di cui all'Intesa del 30 ottobre 2014 ed il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica.

A seguito di valutazione istruttoria da parte del competente Ufficio, i progetti presentati dalle Regioni **Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia** sono stati ritenuti rispondenti ai parametri dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato - Regioni il 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) e, conseguentemente, inoltrati al Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per acquisirne la valutazione.

Il predetto Comitato, nella riunione del 28 febbraio 2018 ha espresso valutazione positiva sui progetti presentati dalle Regioni **Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia,** ritenendoli *"rispondenti ai parametri dell'Accordo Stato-Regioni del 23 dicembre 2015, ai fini della erogazione della quota del 30 per cento delle risorse disponibili per l'anno 2015"*.

Tanto premesso, si allegano le delibere regionali dei progetti presentati dalle Regioni **Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia,** per l'anno **2015**, unitamente all'Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), all'Intesa del 23 dicembre 2015 (Rep. atti n. 236/CSR), al documento relativo alle valutazioni dei progetti regionali inerenti gli obiettivi di piano anno 2015, elaborato dal Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui

all'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, per la trasmissione alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai fini dell'ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate per l'anno 2015, così come individuate nella allegata tabella di riparto di cui all'Intesa del 23 dicembre 2015 (Rep. atti n. 236/CSR), da sottoporre all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Il Direttore Generale
Dott. Andrea Urbani

Visto : si autorizza la trasmissione degli atti
alla Conferenza Stato-Regioni

Il MINISTRO
Beatrice Lorenzin

Allegati n. 22

Referenti:
Dr.ssa Mariadonata Bellentani 06-59942106
e-mail: mdbellentani@sanita.it

Dr.ssa Annunziata Guido - 06.59942308
e-mail: aguido@sanita.it

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

VISTO l'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, che dispone che il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale e che per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della salute approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

CONSIDERATO che a decorrere dall'anno 2009, il CIPE, 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, 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 Fondo sanitario nazionale di parte corrente e che al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34 dell'art. 1 della L. 662/96, il Ministero dell'economia e delle 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute dei progetti presentati dalle Regioni;

VISTO l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 23 dicembre 2015 (rep. 234/CSR), che individua le 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 2015;

VISTA l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 23 dicembre 2015 (rep. 236/CSR), con la quale è stata approvata la proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE concernente la ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 per un valore pari a 1.480.000.000 mln euro, di cui:

1. euro 888.073.445 con i criteri degli anni precedenti (base capitaria);
2. euro 60.400.000 quale quota da accantonare per progetti regionali e interregionali

VISTA la proposta di deliberazione per il CIPE e la tabella di riparto delle somme disponibili contenute nella suddetta Intesa, parte integrante del presente atto (allegato A);

CONSIDERATO che la predetta Intesa prevede che il Ministero dell'economia e finanze provveda ad erogare a titolo di acconto il 70 per cento delle somme spettanti alle singole Regioni come da ripartizione del CIPE su proposta del Ministro della salute e che la quota residua sia subordinata all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole di questo Comitato;

VISTA la documentazione trasmessa dalle Regioni Calabria, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia relativa ai progetti elaborati nelle linee di attività individuate dall'Accordo Stato-Regioni del 23 dicembre 2015;

VISTA la relazione (ID 268589582 del 20 febbraio 2018) dell'Ufficio II della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, competente per materia con la quale sono stati trasmessi i risultati dell'attività istruttoria per le suddette Regioni, nella quale si ritiene che i progetti regionali siano congrui con quanto contenuto nell'Accordo del 23 dicembre 2015;

VISTE la tabella di ripartizione delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della Legge 662/96, distinte per le linee progettuali individuate per l'anno 2013, per le Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto, parti integranti del presente atto (allegato B);

RITENUTO pertanto di poter procedere alla materiale erogazione della quota prevista per le Regioni Calabria, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia per l'anno 2015, come da tabella allegata (allegato A),

VALUTA

positivamente i progetti presentati dalle Regioni Calabria, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia, ritenendoli rispondenti ai parametri dell'Accordo Stato-Regioni del 23 dicembre 2015, ai fini della erogazione della quota del 30 per cento delle risorse disponibili per l'anno 2015, come da tabella (allegato B), parte integrante del presente atto.

Il Segretario
Dott.ssa Lucia Lispi

Il Coordinatore del Comitato
Dott. Andrea Urbani

Roma, 28 febbraio 2018

ALLEGATO A

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

1.480.000.000 **Importo iniziale**

-25.000.000 **terra dei fuochi**

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

-10.000.000 **malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (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 anno 2013**

-400.000.000 **quota per farmaci innovativi a valere sul FSN (art. 1, c. 593 della L. 190/2014)**

-100.216.555 **destinato ad alimentare la quota di riequilibrio presente in Tabella A del riparto**

-30.000.000 **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 primo anno del Programma triennale Mattone Internazionale Salute (nota n. .... Del .....)**

888.073.445 **Importo da ripartire tra le regioni**

REGIONI	Popolazione al 01.01.2015	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.424.467	4.424.467	69.273.348		3.355.355	**72.628.704**	50.840.093	21.788.611
VAL D'AOSTA	128.298		-		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	156.609.741		7.585.621	**164.195.362**	114.936.751	49.258.609
BOLZANO	518.518		-		-	-		-
TRENTO	537.416		-		-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	77.150.779		3.736.910	**80.887.689**	56.621.382	24.266.307
FRIULI	1.227.122		-		-	-	-	-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	24.788.959		1.200.689	**25.989.648**	18.192.754	7.796.894
EMILIA R	4.450.508	4.450.508	69.681.069		3.375.104	**73.056.173**	51.139.321	21.916.852
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	58.754.853		2.845.877	**61.600.730**	43.120.511	18.480.219
UMBRIA	894.762	894.762	14.009.181		678.555	**14.687.736**	10.281.415	4.406.321
MARCHE	1.550.796	1.550.796	24.280.627		1.176.067	**25.456.694**	17.819.686	7.637.008
LAZIO	5.892.425	5.892.425	92.256.990		4.468.602	**96.725.592**	67.707.914	29.017.678
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	20.848.294		1.009.817	**21.858.112**	15.300.678	6.557.433
MOLISE	313.348	313.348	4.906.052		237.632	**5.143.684**	3.600.579	1.543.105
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	91.773.255		4.445.171	**96.218.427**	67.352.899	28.865.528
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	64.038.283		3.101.787	**67.140.070**	46.998.049	20.142.021
BASILICATA	576.619	576.619	9.028.054		437.287	**9.465.341**	6.625.739	2.839.602
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	30.947.874		1.499.005	**32.446.879**	22.712.816	9.734.064
SICILIA (*)	5.092.080	*5.092.080*	79.726.085	39.153.480	-	**40.572.605**	28.400.823	12.171.781
SARDEGNA	1.663.286					-	-	-
TOTALE	60.795.612	56.720.972	888.073.445		39.153.480	**888.073.445**	621.651.411	266.422.033
						927.226.925		

(*) 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.

ALLEGATO B

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015

Scheda riassuntiva distribuzione risorse vincolate

	e		f		g		a		b		c		d			
REGIONI	**Somma disponibile**	**N. progetti**	**Linea progettuale 3 :** Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	**N. progetti**	**Linea progettuale 4:** Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	**N. progetti**	**Linea progettuale 1:** Attività di assistenza primaria	**N. progetti**	**Linea progettuale 2 :** Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	**N. progetti**	**Linea progettuale 5:** Gestione della cronicità	**N. progetti**	**Linea progettuale 6:** Reti oncologiche	**N. progetti**	**somma disponibile al netto linee vincolate**	**differenza**
PIEMONTE	72.628.704	1	8.178.232	1	19.627.756	1	25.433.724	1	2.632.768	1	12.377.680	1	4.378.544	6	57.200.396	-
VAL D'AOSTA	-															
BOLZANO	-															
TRENTO	-															
FRIULI	-															
MOLISE	5.143.684	1	579.196	1	1.390.070	1	874.870,00	1	269.922,00	1	1.638.000	1	391.626,00	6	3.174.418	-
PUGLIA	67.140.070	1	7.560.193	1	18.144.464	1	8.400.000	1	20.495.413	1	9.540.000	1	3.000.000	6	41.435.413	-
CALABRIA	32.446.879	1	3.653.626	1	8.768.702	1	4.976.320,29	1	4.738.710	1	8.500.376,44	1	1.809.144,15	6	20.024.551	-
SICILIA (*)	40.572.605	1	4.568.609	1	10.964.662	1	1.500.000	1	4.000.000	1	9.500.000	1	10.039.334	6	25.039.334	-
SARDEGNA	-															
TOTALE	888.073.445	5	100.000.000	5	240.000.000	5	41184914,29	5	32136813,12	5	41.556.056,44	5	19.618.648	30	146.874.112	

(*) 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.

a cura di Annunziata Guido

Ministero della Salute
DGPROGS
0010718-P-06/04/2018
275529665

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio II
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

AL SIG. MINISTRO

per il tramite
dell'Ufficio di Gabinetto

OGGETTO: Proposta del Ministro della Salute di ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate, ai sensi dell' art. 1, comma 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, per l'anno 2015, dei progetti della Regione Calabria.

Approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'articolo 79 del decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133.

L'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996 n. 662 prevede, tra l'altro, che il CIPE possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti ai sensi del successivo comma 34 *bis*.

Il comma 34 *bis* del richiamato articolo 1, come modificato dal comma 1 *quater* dell'articolo 79 del decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112 convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, ha disposto che le Regioni devono elaborare specifici progetti per il perseguimento dei suddetti obiettivi, sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della Salute, da approvarsi con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti, a seguito della stipula dell'Accordo 23 dicembre 2015 - Rep. Atti n. 234/CSR - (allegato 1) e dell'Intesa 23 dicembre 2015, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015 - Rep. Atti n. 236/CSR - (allegato 2), è stato previsto che il Ministero dell'Economia e delle Finanze erogasse, a titolo di acconto, il settanta per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione della quota residua del trenta per cento è subordinata all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

Con l' Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), sono state convenute tra Governo e Regioni le linee progettuali di seguito

indicate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, anche in continuità con le linee progettuali individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-Regioni del 30 Luglio 2015), in coerenza con il Patto per la Salute 2014-2016.

Al fine della predisposizione degli specifici progetti regionali per l'anno 2015, sono state integralmente riproposte le linee progettuali già individuate per l'anno 2014, che si presentano complessivamente in numero ridotto rispetto agli anni precedenti.

Lo scenario delineato evidenzia esplicitamente la necessità di una rivisitazione a diversi livelli dell'intero sistema salute, con il chiaro obiettivo di aumentarne l'efficienza, nell'ottica di individuazione di strategie condivise volte a superare le difformità tra aree territoriali, ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, per omogeneizzare lo standard di qualità verso l'alto in tutto il Paese. Il sistema sanitario attuale è caratterizzato da dinamiche sempre più significative e progressive che richiedono capacità di adattamento strutturale, funzionale ed organizzativo dei sistemi operativi, per il raggiungimento di un equilibrio appropriato tra costi del sistema, benefici di salute prodotti e qualità dei servizi offerti.

Anche per il 2015 è stata confermata l' individuazione di aree prioritarie di intervento e di strategie adeguate a salvaguardare il bisogno di salute, attraverso la realizzazione di molteplici interventi che includono la prevenzione dell'insorgenza delle malattie, la cura delle patologie acute, la gestione delle cronicità e della non autosufficienza, in un'ottica tesa a sviluppare i processi di umanizzazione nell'ambito dei percorsi assistenziali e a realizzare le attività necessarie a garantire servizi funzionali ai bisogni delle persone fragili. Le scelte strategiche individuate hanno lo scopo di delineare un sistema di azioni in grado di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario e, nel contempo, a migliorare la qualità di vita dei cittadini.

Le 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 2015, di cui agli allegati A e B dell'Accordo 23 dicembre 2015 sono:

1. Attività di assistenza primaria.
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali.
3. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica (vincolo di 100 milioni di euro).
4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione (vincolo di 240 milioni di euro).
5. Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza.
6. Reti oncologiche.

Con l'Intesa del 23 Dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) è stata approvata la proposta del Ministro della Salute relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l' anno 2015, per un valore pari a 888.073.445 mln di euro da ripartirsi tra le Regioni, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, fermi restando i vincoli sulle risorse destinate ad alcune linee progettuali (Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica; Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione). A norma della vigente legislazione sono escluse dalla ripartizione le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano, mentre per la Regione Siciliana sono state operate le vigenti riduzioni.

Anche per quanto attiene alle modalità di erogazione della quota residua delle risorse (30%), l'Accordo non prevede cambiamenti rispetto alle procedure consolidate negli anni precedenti: l'erogazione è, infatti, subordinata all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

	Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2015	**Quote Vincolate**
1	Attività di assistenza primaria	----------
2	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	----------
3	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	100.000.000
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	240.000.000
5	Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	----------
6	Reti oncologiche	----------
	TOTALE	340.000.000

In sintesi i contenuti delle linee progettuali individuate dall'Accordo 23 dicembre 2015:

1. Attività di assistenza primaria: la linea progettuale propone lo svolgimento di interventi finalizzati all'attuazione dell'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016 nei seguenti ambiti:

- attivazione/implementazione di forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) per l'erogazione delle Cure Primarie, che si prefiggono obiettivi quali: assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali, garantire la continuità delle cure e la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana (H 24), avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina Generale; garantire l'applicazione di

percorsi assistenziali condivisi (PDTA) e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni: relazionale, gestionale ed informativa; favorire la medicina di iniziativa, le iniziative di continuità ospedale-territorio anche attraverso l'individuazione di strutture intermedie di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera (Ospedali di Comunità/presidi territoriali), al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo una omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, ecc.

2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali: la linea progettuale propone lo sviluppo dei processi di umanizzazione attraverso diverse iniziative quali: l'individuazione di criteri regionali omogenei e condivisi per l'efficace conduzione delle azioni di monitoraggio della qualità percepita; l'individuazione a livello regionale di un set minimo di obiettivi informativi e formativi cui improntare le iniziative divulgative e formative rivolte agli operatori ed ai care givers, ecc.

3. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica: la linea progettuale si propone, in particolare, di ampliare l'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici, assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica, garantire un'adeguata assistenza domiciliare, soprattutto in età pediatrica; sviluppare l'assistenza domiciliare palliativa, garantendo al paziente in carico alla rete la continuità assistenziale tra hospice e domicilio. Le iniziative svilupperanno aspetti quali: l'analisi comparativa dell'offerta regionale di assistenza palliativa domiciliare rispetto ai contenuti dell'Intesa del 25 luglio 2012; la definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa; l'accreditamento regionale degli erogatori; la definizione di procedure di valutazione e controllo atte a garantire il corretto accesso alle cure palliative domiciliari per pazienti non oncologici; l'elaborazione di piani di formazione e di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliative di base e specialistica e di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti, ecc.

4. Piano Nazionale Prevenzione: il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) approvato con l'Intesa Stato Regioni del 13 novembre 2014 prevede all'articolo 1, comma 2, che le Regioni recepiscano, con apposita delibera, il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, disponendo di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del Piano Nazionale Prevenzione. La linea progettuale tiene conto di quanto stabilito dall'art. 17 del Patto per la Salute 2014-2016.
Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione"
Gli obiettivi generali dell'obiettivo prioritario consistono nel supportare l'attuazione del PNP mediante il sostegno al funzionamento dei tre network regionali individuati dall'articolo 17 del Patto per la Salute: Osservatorio Nazionale Screening (ONS); Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP); Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM).

5. Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche: la linea progettuale propone di garantire numerosi interventi, tra i quali: la continuità delle cure mediante gestione integrata da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri, perseguendo

il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, PLS, specialisti e distretti, finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero; l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, la creazione di reti tra le strutture specialistiche; interventi formativi con percorsi di accreditamento, costruzione di banche dati. I nuovi modelli assistenziali per la gestione delle malattie croniche hanno previsto l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) ed il riferimento a modelli quali il Disease Management (DM), il Chronic Care Model (CCM) e l'utilizzo di indicatori per la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza. Prevista anche la sperimentazione di modelli di assistenza in grado di coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, ecc..
Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza: la linea si è proposta di garantire la continuità assistenziale della persona fragile o non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e la relativa presa in carico da parte dei servizi territoriali, implementando la presa in carico unitaria ed i punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali, favorendo l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento del MMG nel percorso di cura. Inoltre si è inteso: potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata, anche attraverso la teleconsulenza, il teleconsulto e la teleassistenza; garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere; verificare la corrispondenza, sotto il profilo dell'intensità assistenziale, tra il bisogno riabilitativo e la tipologia di trattamento usufruita dalle persone inserite in strutture territoriali; la rilevazione dei costi dell'assistenza residenziale in strutture per persone non autosufficienti, l'implementazione di attività formative, ecc..

6. Reti oncologiche: la linea progettuale ha proposto l'adozione di iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione; il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali di cui all'Intesa del 30 ottobre 2014 ed il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica.

A seguito di valutazione istruttoria da parte del competente Ufficio della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, i progetti presentati dalla Regione **Calabria** sono stati ritenuti rispondenti ai parametri dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) e, conseguentemente, inoltrati al Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per acquisirne la valutazione.

Il predetto Comitato, nella riunione del 28 febbraio 2018 ha espresso valutazione positiva sui progetti presentati dalla Regione **Calabria**, ritenendoli *"rispondenti ai parametri dell'Accordo Stato-Regioni del 23 dicembre 2015, ai fini della erogazione della quota del 30 per cento delle risorse disponibili per l'anno 2015"* (allegato 3).

Tanto premesso, si allega il Decreto del Commissario ad Acta della Regione **Calabria** di approvazione dei progetti per l'anno **2015**, unitamente all'Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), all'Intesa del 23 dicembre 2015 (Rep. atti n. 236/CSR), al documento relativo alla valutazione dei progetti regionali inerenti gli obiettivi di piano anno 2015, elaborato dal Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di

Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005, per la trasmissione alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ai fini dell'ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate per l'anno 2015, così come individuate nella allegata tabella di riparto di cui all'Intesa del 23 dicembre 2015 (Rep. atti n. 236/CSR), da sottoporre all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Il Segretario Generale
Dr. Giuseppe Ruocco

Visto : si autorizza la trasmissione degli atti
alla Conferenza Stato-Regioni

Il MINISTRO
Beatrice Lorenzin

Allegati n. 9

Referenti:
Dr.ssa Mariadonata Bellentani 06-59942106
e-mail: md.bellentani@sanita.it

Dr.ssa Annunziata Guido - 06.59942308
e-mail: a.guido@sanita.it

Proposta del Ministro della Salute di ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate, ai sensi dell' art. 1, comma 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, per l'anno 2015, dei progetti della Regione Calabria.

ELENCO ALLEGATI:

1. Trasmissione Decreto del Commissario ad Acta n. 60 del 28 giugno 2016;
2. Decreto del Commissario ad Acta n. 60 del 28 giugno 2016 - Obiettivi PSN-2015;
3. Decreto del Commissario ad Acta n. 60 del 28 giugno 2016 – Schema risorse;
4. Accordo Obiettivi di Piano 2015 (Rep. Atti n. 234-CSR del 23.12.2015);
5. Intesa 23 Dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236 CSR);
6. Nota di Chiarimenti DGPROGS Accordo Obiettivi Di Piano 2015;
7. Trasmissione documento di valutazione dei progetti relativo agli obiettivi di piano per l'anno 2015 del Comitato Lea (riunione del 28.2.2018);
8. Documento di valutazione dei progetti relativo agli obiettivi di piano per l'anno 2015 del Comitato Lea (riunione del 28.2.2018);
9. Elenco allegati.

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005

VISTO l'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, che dispone che il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale e che per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della salute approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

CONSIDERATO che a decorrere dall'anno 2009, il CIPE, 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, 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 Fondo sanitario nazionale di parte corrente e che al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34 dell'art. 1 della L. 662/96, il Ministero dell'economia e delle 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute dei progetti presentati dalle Regioni;

VISTO l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 23 dicembre 2015 (rep. 234/CSR), che individua le 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 2015;

VISTA l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 23 dicembre 2015 (rep. 236/CSR), con la quale è stata approvata la proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE concernente la ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 per un valore pari a 1.480.000.000 mln euro, di cui:

1. euro 888.073.445 con i criteri degli anni precedenti (base capitaria);
2. euro 60.400.000 quale quota da accantonare per progetti regionali e interregionali

VISTA la proposta di deliberazione per il CIPE e la tabella di riparto delle somme disponibili contenute nella suddetta Intesa, parte integrante del presente atto (allegato A);

CONSIDERATO che la predetta Intesa prevede che il Ministero dell'economia e finanze provveda ad erogare a titolo di acconto il 70 per cento delle somme spettanti alle singole Regioni come da ripartizione del CIPE su proposta del Ministro della salute e che la quota residua sia subordinata all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole di questo Comitato;

VISTA la documentazione trasmessa dalle Regioni Calabria, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia relativa ai progetti elaborati nelle linee di attività individuate dall'Accordo Stato-Regioni del 23 dicembre 2015;

VISTA la relazione (ID 268589582 del 20 febbraio 2018) dell'Ufficio II della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, competente per materia con la quale sono stati trasmessi i risultati dell'attività istruttoria per le suddette Regioni, nella quale si ritiene che i progetti regionali siano congrui con quanto contenuto nell'Accordo del 23 dicembre 2015;

VISTE la tabella di ripartizione delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della Legge 662/96, distinte per le linee progettuali individuate per l'anno 2013, per le Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Veneto, parti integranti del presente atto (allegato B);

RITENUTO pertanto di poter procedere alla materiale erogazione della quota prevista per le Regioni Calabria, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia per l'anno 2015, come da tabella allegata (allegato A),

VALUTA

positivamente i progetti presentati dalle Regioni Calabria, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia, ritenendoli rispondenti ai parametri dell'Accordo Stato-Regioni del 23 dicembre 2015, ai fini della erogazione della quota del 30 per cento delle risorse disponibili per l'anno 2015, come da tabella (allegato B), parte integrante del presente atto.

Il Segretario
Dott.ssa Lucia Lispi

Il Coordinatore del Comitato
Dott. Andrea Urbani

Roma, 28 febbraio 2018

ALLEGATO A

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

1.480.000.000 **Importo iniziale**

-25.000.000 **terra dei fuochi**

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

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

-40.000.000 **supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità**

-5.000.000 **progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida**

-4.316.000 **finanziamento prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP anno 2013**

-400.000.000 **quota per farmaci innovativi a valere sul FSN (art. 1, c. 593 della L. 190/2014)**

-100.270.555 **destinato ad alimentare la quota di riequilibrio presente in Tabella A del riparto**

-30.000.000 **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 primo anno del Programma triennale Mattone Internazionale Salute (nota n. .... Del .....)**

888.073.445 importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2015	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.424.467	4.424.467	69.273.348		3.355.355	**72.628.704**	50.840.093	21.788.611
VAL D'AOSTA	128.298		-		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	156.609.741		7.585.621	**164.195.362**	114.936.753	49.258.609
BOLZANO	518.518		-		-	-		-
TRENTO	537.416		-		-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	77.150.779		3.736.910	**80.887.689**	56.621.382	24.266.307
FRIULI	1.227.122		-		-	-	-	-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	24.788.959		1.200.689	**25.989.648**	18.192.754	7.796.894
EMILIA R.	4.450.508	4.450.508	69.681.069		3.375.104	**73.056.173**	51.139.321	21.916.852
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	58.754.853		2.845.877	**61.600.730**	43.120.511	18.480.219
UMBRIA	894.762	894.762	14.009.181		678.555	**14.687.736**	10.281.415	4.406.321
MARCHE	1.550.796	1.550.796	24.280.627		1.176.067	**25.456.694**	17.819.686	7.637.008
LAZIO	5.892.425	5.892.425	92.256.990		4.468.602	**96.725.592**	67.707.914	29.017.678
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	20.848.294		1.009.817	**21.858.112**	15.300.678	6.557.433
MOLISE	313.348	313.348	4.906.052		237.632	**5.143.684**	3.600.579	1.543.105
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	91.773.255		4.445.171	**96.218.427**	67.352.899	28.865.528
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	64.038.283		3.101.787	**67.140.070**	46.998.049	20.142.021
BASILICATA	576.619	576.619	9.028.054		437.287	**9.465.341**	6.625.739	2.839.602
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	30.947.874		1.499.005	**32.446.879**	22.712.816	9.734.064
SICILIA (*)	5.092.080	*5.092.080*	79.726.085	39.153.480	-	**40.572.605**	28.400.823	12.171.781
SARDEGNA	1.663.286		-			-	-	-
TOTALE	60.795.612	56.720.972	888.073.445		39.153.480	**888.073.445**	621.651.411	266.422.033
						927.226.925		

(*) 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.

ALLEGATO B

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015

Scheda riassuntiva distribuzione risorse vincolate

	e		f		g		a		b		c		d			
REGIONI	**Somma disponibile**	**N. progetti**	**Linea progettuale 3 :** Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	**N. progetti**	**Linea progettuale 4:** Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	**N. progetti**	**Linea progettuale 1:** Attività di assistenza primaria	**N. progetti**	**Linea progettuale 2 :** Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	**N. progetti**	**Linea progettuale 5:** Gestione della cronicità	**N. progetti**	**Linea progettuale 6:** Reti oncologiche	**N. progetti**	**somma disponibile al netto linee vincolate**	**differenza**
PIEMONTE	72.628.704	1	8.178.232	1	19.627.756	1	25.433.724	1	2.632.768	1	12.377.680	1	4.378.544	6	57.200.396	-
VAL D'AOSTA	-															
BOLZANO	-															
TRENTO	-															
FRIULI	-															
MOLISE	5.143.684	1	579.196	1	1.390.070	1	874.870,00	1	269.922,00	1	1.638.000	1	391.626,00	6	3.174.418	-
PUGLIA	67.140.070	1	7.560.193	1	18.144.464	1	8.400.000	1	20.495.413	1	9.540.000	1	3.000.000	6	41.435.413	-
CALABRIA	32.446.879	1	3.653.626	1	8.768.702	1	4.976.320,29	1	4.738.710	1	8.500.376,44	1	1.809.144,15	6	20.024.551	-
SICILIA (*)	40.572.605	1	4.568.609	1	10.964.662	1	1.500.000	1	4.000.000	1	9.500.000	1	10.039.334	6	25.039.334	-
SARDEGNA	-															
TOTALE	888.073.445	5	100.000.000	5	240.000.000	5	41184914,29	5	32136813,12	5	41.556.056,44	5	19.618.648	30	146.874.112	

(*) 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.

a cura di Annunziata Guido

0020083900/06/2017 DSPRGSSGMDSAA--AAleggaoUtcantee10 (A00)

REGIONE MOLISE

REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

Al Ministero della Sanità
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio 2°
viale Giorgio Ribotta, n.5
00144 ROMA

pec:dgprog@postacert.sanita.it

Oggetto: Decreto del Commissario ad *Acta* n.13 del 29.02.2016 rubricato << *Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 23 dicembre 2015 (rep.Atti 234/csr) sulla proposta del Ministero della Salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, comma 34 e 34 bis, legge 23 dicembre 1996, n.662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015. Approvazione progetti anno 2015.*>> precisazioni.

Con la presente, in esito alle disposizioni di cui al Commissario *ad Acta*, circostanziato in oggetto, si precisa che la Regione Molise, nell'ambito delle risorse vincolate di cui alla legge n.662/1996, art. 34 e 34 *bis*, destina al Piano della Prevenzione la somma di € 1.390.070,00, e che tale importo è ricompreso nell'assegnazione complessiva di € 6.982,65 relativa alla linea progettuale n.4 "Supporto al Piano Regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 28 luglio 2015".

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale per la Salute
Dott.ssa Lolita Gallo

Ufficio Supporto alla Gestione Sanitaria Accentrata ed alle risorse vincolate, obiettivi di piano
Funzionario Responsabile: **Dott.ssa Stefania Pizzi**

0003910-16/04/2018-GAB-GAB-A - Allegato Utente 7 (A07)

0009013-16/03/2016-DGPROGS-MDS-A - Allegato Utente 3 (A03)

REGIONE MOLISE

DIREZIONE GENERALE PER LA SALUTE

Al
Ministero della Salute
Dipartimento della Programmazione
Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale
Direzione Generale della programmazione Sanitaria
Ufficio V
Via Ribotta, 5
00144 ROMA
pec:dgprog@postacert.sanita.it

Oggetto: Trasmissione Decreto del Commissario ad Acata n. 13 del 29/02/2016 "Accordo, tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) sulla proposta del Ministero della Salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, L. 23/11/1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015. Approvazione progetti anno 2015".

Si trasmette, in allegato, il DCA n. 13 del 29/02/2016, come in oggetto specificato.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale per la Salute
Dott.ssa Marinella D'Innocenzo
(Documento informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi del D.Lvo n. 82/2005, art. 24)

REGIONE MOLISE GIUNTA REGIONALE
Protocollo Partenza N. 0063/2016 del 15-03-2016
Copia Documento

Via Genova, 11 - 86100 CAMPOBASSO - Tel. 0874-314758
dgsalute@regione.molise.it

PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
Per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO

N. 13 **IN DATA** 29/02/2016

OGGETTO:Accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), sulla proposta del Ministero della Salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, L. 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015. Approvazione progetti anno 2015.

Il Responsabile dell'Ufficio

Il Direttore del Servizio
Risorse Finanziarie Sanitarie e Infrastrutture Sanitarie — Dott.ssa Lolita Gallo

Il Direttore Generale per la Salute — Dott.ssa Marinella D'INNOCENZO

Visto: Il Sub Commissario Ad Acta — Dott. Gerardo di MARTINO

PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
Per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 18.05.2015

DECRETO N. 13 **DEL** 29/02/2016

OGGETTO: Accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), sulla proposta del Ministero della Salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, L. 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015. Approvazione progetti anno 2015.

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA

PREMESSO che, con delibera del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013 il Presidente *pro tempore* della Regione Molise, Arch. Paolo di Laura Frattura, è stato nominato Commissario *ad Acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare di adottare, sulla base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art.15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n.135) e di procedere alla loro attuazione;

VISTA la successiva delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 18 maggio 2015;

ATTESO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

VISTO l'articolo 1, comma 34, della L. 23 dicembre 1996, n. 662, come recentemente modificato dalla L. 23 dicembre 2014, n. 190 il quale prevede, tra l'altro, che ai fini della determinazione della quota capitarla, in sede di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, il CIPE, su proposta del Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, possa vincolare quote del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorita' per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonche' per quelli finalizzati alla prevenzione,e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie nonche' alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Patto per la salute purche' relativi al miglioramento dell'erogazione dei LEA;

VISTO il successivo comma 34 bis-introdotto con legge 27 dicembre 1997, n. 449 come modificato dal comma 1 quater dell'art. 79 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, (convertito con Legge del 6 agosto, n. 133), dall'art. 3 bis, comma 1 del D.L. 8 aprile 2013, n. 35 (convertito con modificazioni dalla L. 6 giugno 2013, n. 64) e dall'art. 1 , comma 559, lettera a) b) c) e d) della L. 23 dicembre 2014, n. 190- ai sensi del quale è previsto che "*Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati*

nel comma 34 le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra l o Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanita', individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano i progetti da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi. La predetta modalita' di ammissione al finanziamento e' valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34 all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle 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 e' subordinata all'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 del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. 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 gia' erogata. A decorrere dall'anno 2013, il predetto acconto del 70 per cento e' erogato a seguito dell'intervenuta intesa, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla ripartizione delle predette quote vincolate per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel comma 34";

VISTI:
- la legge 15 marzo 2010, n. 38 recante "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*";
- il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con legge 8 novembre 2012, n. 189 "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*";
- 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);
- l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente il "*Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – anni 2011-2013*" (Rep. 21/CSR del 10 febbraio 2011);

RICHIAMATA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 362 del 30 marzo 2007, che recepisce l'Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) ed il Presidente della Regione Molise per l'approvazione del "*Programma Operativo di riorganizzazione, di riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale*" c.d. Piano di Rientro anni 2007-2009" di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180 della legge 23 dicembre 2004, n. 311;

RICHIAMATI:
- il DCA n. 27 dell'11/06/2012 recante "*Linee guida per la rendicontazione dei finanziamenti dei progetti ex art. 1, comma 34 e 34 bis L. 23 dicembre 1996, n. 662*";
- il DCA n. 46 del10/09/2012 recante "DCA n. 27 dell'11/06/2012 recante "*Linee guida per la rendicontazione dei finanziamenti dei progetti ex art. 1, comma 34 e 34 bis L. 23 dicembre 1996, n. 662. Integrazione*";

VISTO il nuovo Patto della Salute per gli anni 2014-16, sottoscritto, in data 10 luglio 2014, in sede di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, e, in particolare l'art. 1, comma 5, il quale 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 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, (...) 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, purchè dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei LEA";

VISTI:
- l'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, Stato-Regioni, sancito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in data 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), con il quale sono state individuate le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, L. 23 novembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, che definisce e approva le linee progettuali per la realizzazione dei predetti obiettivi;
- l'Intesa (Rep. Atti n. 236/CSR), del 23 dicembre 2015 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015;

PRESO ATTO:
- dell'allegato **A** del citato Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), il quale indica le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015;
- dell'allegato **B** del citato Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) che specifica, per ciascuna Regione, i vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali e dal quale si evince che alla Regione Molise risulta assegnato, come quota vincolata per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, l'importo complessivo di € 5.143.684,00, prevedendo, inoltre, specifiche risorse destinate alla Linea progettuale "*Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica*", per un importo di € 579.196,00 e, per la linea progettuale "*Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione*" per un importo pari a € 1.390.070,00;

EVIDENZIATO che, il suddetto Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), stabilisce che, per l'anno 2015, debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-Regioni del 30 luglio 2015);

ATTESO che l'Allegato **A** del citato Accordo, conferma che, per l'anno 2015, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale siano le seguenti:
1. Attività di assistenza primaria;
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali;
3. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica;
4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;
5. Gestione della cronicità;
6. Reti oncologiche;

CONSIDERATO che:
- a seguito della stipula dell'Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) e dell'Intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015, in applicazione dell'art. 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1 quater dell'art. 79 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, (convertito con Legge del 6 agosto, n. 133), dall'art. 3 bis, comma 1 del D.L. 8 aprile 2013, n. 35 (convertito con modificazioni dalla L. 6 giugno 2013, n. 64) e dall'art. 1 , comma 559, lettera a) b) c) e d) della L. 23 dicembre 2014, n. 190, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse;

- al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento, le Regioni dovranno presentare entro 60 giorni dalla stipula dell'Accordo, al Ministero della Salute specifici progetti nell'ambito degli indirizzi specificati dal medesimo Accordo;
- per ciascuna linea progettuale, ogni Regione potrà presentare un unico specifico progetto, corredato da un prospetto che evidenzi:
  a. gli obiettivi qualitativi e quantitativi;
  b. i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
  c. i costi connessi;
  d. gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
- l'erogazione del 30 per cento residuo avverrà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005;
- la mancata presentazione o approvazione dei progetti, comporterà, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua ed i recupero, delle somme a qualunque titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;

CONSIDERATO, inoltre, che il citato Accordo stabilisce che le Regioni, nella delibera o atto equivalente di presentazione dei progetti individuati nell'ambito degli indirizzi dallo stesso dettati, dovranno presentare anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, nonché, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità (allegato A parte II Accordo rep. Atti n. 227/CSR del 22.11.2012), una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni;

DATO ATTO che, in considerazione delle linee progettuali individuate dall'allegato A del citato Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), si ritiene opportuno presentare e proporre, per l'anno 2015, i progetti di cui al prospetto allegato **A**) al presente Decreto e più specificatamente descritte nella documentazione di cui all'allegato **B**) al presente provvedimento, parti integranti e sostanziali dello stesso;

ACCERTATO che le proposte progettuali di cui al presente Decreto, allegati A) e B) sono relative a finanziamenti di competenza dell'anno 2015 e risultano coerenti con gli indirizzi e le indicazioni di cui al citato Accordo del Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) nonché compatibili con le risorse disponibili per la loro realizzazione;

EVIDENZIATO che, in conformità a quanto stabilito dall'Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), ciascuna linea progettuale, definita dal presente provvedimento, garantisce una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 dal DCA n. 60 del 29.09.2015, la cui realizzazione ed attuazione, da parte dei soggetti referenti, è in itinere;

RITENUTO, per le linee progettuali individuate per l'anno 2014 dal DCA n. 60 del 29.09.2015, di rinviare la trasmissione della relazione illustrativa dei risultati dalle stesse raggiunti, ad uno stato di maggiore avanzamento delle correlate attività progettuali;

CONSIDERATO che, i progetti in argomento, sono proposti dalla Regione Molise, dall'Azienda Sanitaria Regionale del Molise e dalla UNIMOL;

VISTI l'allegati **A)** e **B)**, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, contenenti, rispettivamente, l'elencazione dei progetti proposti, per l'anno 2015, e la descrizione specifica di ciascun progetto completo di scheda economica;

CONSIDERATO che il contenuto del presente atto è pienamente coerente con gli obiettivi del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario;

in virtù dei poteri conferiti con le Deliberazioni del Consiglio dei Ministri, di cui in premessa;

DECRETA

quanto premesso costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

- di prendere atto di quanto in premessa rappresentato, che costituisce parte integrante del presente decreto;

- di recepire:
  - l'Accordo, ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, Stato-Regioni, sancito dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in data 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), con il quale sono state individuate le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, L. 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, che definisce e approva le linee progettuali per la realizzazione dei predetti obiettivi;
  - l'Intesa del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2015;

- di approvare, per l'anno 2015, le progettualità elencate nel prospetto **allegato A)** e specificatamente descritte nella documentazione di cui all' **allegato B)**, allegati al presente Decreto e parti integranti e sostanziali dello stesso, coerenti con gli indirizzi e le indicazioni di cui all'Accordo, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) e di cui all'Intesa (Rep. Atti n. 236/CSR) del 23 dicembre 2015 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2015;

- di approvare l'articolazione delle risorse da destinare, con riferimento all'anno 2015, a ciascuno dei progetti approvati, nel rispetto delle quote vincolate dall'Intesa del 23.12.2015 (Rep. Atti n. 236/CSR), così come risultante dal prospetto **allegato A)** al presente Decreto;

- di stabilire che la realizzazione e l'attuazione dei progetti individuati ed approvati col presente provvedimento, è in capo alla Regione Molise, all'A.S.Re.M. e alla UNIMOL;

- di demandare alla Direzione Generale per la Salute la trasmissione del presente Decreto e relativi allegati A) e B), al Ministero della Salute, ai fini della presentazione e valutazione in ordine all'ammissione al finanziamento per l'anno 2015, in conformità a quanto previsto dal citato Accordo Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR);

- di demandare alla Direzione Generale per la Salute il seguito di competenza del presente Decreto per l'adozione di tutti gli atti esecutivi, ivi compresa l'attuazione, la realizzazione e la prosecuzione dei progetti scientifici, nonché le eventuali variazioni nei limiti complessivi del finanziamento assegnato e delle quote vincolate.

Il presente decreto, composto da n. 6 pagine e da n. 2 allegati sarà pubblicato sul BURM, nel sito ufficiale della Regione Molise ed è notificato ai competenti Ministeri affiancanti per il Piano di rientro.

IL COMMISSARIO AD ACTA
Paolo di Laura Frattura

ALLEGATO A	Obiettivi di carattere prioritario anno 2015 - Finanziamento					
ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE – ANNO 2015 - Quadro di sintesi						
Linea progettuale	**Denominazione linee progettuali**	**Titolo progetto**	**Tempi del progetto**	**Intervento**	**Ente referente/ente attuatore**	**Costo per intervento**
N.1	Attività di assistenza primaria	Interventi mirati nell'assistenza primaria nella Regione Molise	12 MESI	1. Modello sperimentale di aggregazione funzionale territoriale	ASREM / UNIMOL	€ 416.000,00
				2. Dalla Diagnosi alla Terapia Mirata: Uso delle Cellule Staminali Tumorali per Determinare la Sensibilità/Resistenza alla Chemioterapia del Ca colon retto	ASREM / UNIMOL	€ 213.200,00
				3. Sviluppo di un modello di continuità assistenziale per i pazienti con malattie neurologiche ad interessamento Neuromuscolare con particolare riferimento alla SLA e le loro famiglie	ASREM / UNIMOL	€ 245.670,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE N.1						**€ 874.870,00**

Linea progettuale	**Denominazione linee progettuali**	**Titolo progetto**	**Tempi del progetto**	**Ente referente/ente attuatore**	**Costo del Progetto**
N.2	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali, in base alla 126/CSR del 30 luglio 2015	Costituzione di un modello regionale di Umanizzazione basatosulla valutazione, sulla formazione e su interventi specifici in ambito sanitario.	12 MESI	Regione (Direzione Generale per la Salute)	€ 269.922,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE N.2					**€ 269.922,00**

Linea Progettuale	**Denominazione linee progettuali**	**Titolo progetto**	**Tempi del progetto**	**Ente referente/ente attuatore**	**Finanziamento complessivo del Progetto**
N.3	Cure palliative e terapia del dolore	Estensione dall'Hospice al domicilio dell'Assistenza di Cure Palliative e Terapia del dolore.	12 MESI	ASREM	€ 579.196,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE N.3					**€ 579.196,00**

Linea Progettuale	Denominazione linee progettuali	Titolo progetto	Tempi del progetto	Ente referente/ente attuatore	Finanziamento complessivo del Progetto
N. 4	Piano Nazionale della Prevenzione	Supporto al Piano regionale della Prevenzione della Regione Molise approvato con decreto del Commissario ad Acta n. 50 del 28 luglio 2015	12 mesi (prorogabile)	REGIONE MOLISE / ASREM	€ 6.982,65
TOTALE LINEA PROGETTUALE N.4					**€ 6.982,65**

Linea Progettuale	Denominazione linee progettuali	Titolo progetto	Tempi del progetto	Intervento	Ente referente/ente attuatore	Finanziamento complessivo del Progetto
N.5	Gestione della cronicità-assistenza alle persone in condizione di fragilità e di non autosufficienza	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche e continuità dell'assistenza in soggetti non autosufficienti	12 MESI	1. Studio dell'integrazione dell'attività assistenziale per la diagnosi e la terapia delle patologie neuroendocrine	ASREM / UNIMOL	€ 182.000,00
				2. Diagnosi precoce delle Malattie respiratorie fumo correlate	ASREM / UNIMOL	€ 213.200,00
				3. Identificazione di percorsi diagnostici-terapeutici per la gestione dei malati affetti da artriti infiammatorie croniche	ASREM / UNIMOL	€ 213.200,00
				4. Diagnosi e trattamento riabilitativo dei DSA	ASREM	€ 182.000,00
				5. Identificazione di percorsi diagnostici e terapeutici per la gestione della malattia cerebrovascolare in fase cronica	ASREM	€ 156.000,00
				6. Diagnosi e trattamento dei disturbi pervasivi dello sviluppo	ASREM	€ 223.600,00
				7. Implementazione delle cure domiciliari negli interventi ad alta intensità assistenziale	ASREM	€ 364.000,00
				8.Interventi per il potenziamento operativo del Centro di Coordinamento e Presidi MR accreditati Regione Molise	ASREM	€ 104.000,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE N.5						**€ 1.638.000,00**

Linea Progettuale	Denominazione linee progettuali	Titolo progetto	Tempi del progetto	Ente referente/ente attuatore	Finanziamento complessivo del Progetto
N.6	6. Reti oncologiche	Progettazione e realizzazione della rete oncologica regionale	12 MESI	ASREM / UNIMOL	€ 391.626,00
TOTALE LINEA PROGETTUALE N.6					**€ 391.626,00**

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE		€ 1.390.070,00
di cui € 6.982,65 per linea progettuale 4		
LINEA PROGETTUALE 3 CURE PALLIATIVE		€ 579.196,00
LINEE PROGETTUALI 1-2-5 -6		€ 3.174.418,00
TOTALE FINANZIAMENTO ANNO 2015		**€ 5.143.684,00**

REGIONE PIEMONTE

Direzione "Sanità"

Settore A1412A "Controllo di Gestione, Monitoraggio costi per livelli di Assistenza delle ASR e Sistemi Informativi"
gestione.informatica@regione.piemonte.it

Il Responsabile

Data (*)

Protocollo (*)
(*) Segnatura di protocollo riportato nei metadati di DOQUI Acta

Classificazione: 14.60.40
Fascicolo: 4/2016A

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio II
c.a dott.ssa Annunziata GUIDO

dgprog@postacert.sanita.it

Oggetto: Trasmissione D.G.R. n. 117-6309 del 22/12/2017.

Con la presente si trasmette la deliberazione n. 117-6309 approvata nella seduta della Giunta Regionale del 22/12/2017 avente per oggetto "Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 23/12/2015, relativo all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 23/12/96 n. 662 e s m.i.. Approvazione delle schede di progetto relative alle risorse vincolate per l'anno 2015 assegnate con DGR 34/2015 e rendicontazione dei progetti anno 2014".

Rimanendo a disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

dott. Antonino RUGGERI
Firmato digitalmente
ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. 82/2005

Allegati:01

Referente
Simona Alessia DE GASPERI tel. 011/4325077
e-mail: simonaalessia.degasperi@regione.piemonte.it

REGIONE PIEMONTE

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 238 Adunanza 22 dicembre 2017

L'anno duemiladiciassette il giorno 22 del mese di dicembre alle ore 9:35 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Monica CERUTTI, Giuseppina DE SANTIS, Augusto FERRARI, Giovanni Maria FERRARIS, Giorgio FERRERO, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, ~~Francesco BALOCCO, Antonella PARIGI~~, con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: BALOCCO, PARIGI.

(Omissis)

D.G.R. n. 117-6309

OGGETTO:

Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 23/12/2015, relativo all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 23/12/96 n. 662 e s.m.i.. Approvazione delle schede di progetto relative alle risorse vincolate per l'anno 2015 assegnate con DGR 34-2054 del 1/09/15 e rendicontazione dei progetti anno 2014.

A relazione dell'Assessore SAITTA:

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

visto lo Statuto della Regione Piemonte;

vista la Legge Regionale 18 gennaio 1995, n. 8 e successive modificazioni ed integrazioni;

visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e smi;

visto quanto disposto dal Titolo II del D.Lgs 118/2011 avente ad oggetto "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5/05/2009, n. 42", con particolare riferimento agli artt. 29 e 30;

visto l'articolo 1, comma 34, della legge 23/12/1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il CIPE, 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, 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 23/12/1996, n. 662, come modificato dall'art. 79 comma 1 – quater del decreto legge 25.06.2008 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 6/06/2013, n. 64, il quale prevede l'elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al citato comma 34 sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e approvate tramite accordo dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione;

vista l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5/06/2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10/07/2014) 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 del 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 del Patto della Salute che al comma 2 recita: "*Con il presente Patto le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per 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 sei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori*";

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. (Rep. Atti n. 126/CSR del 30/07/2015);

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015 in sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014. (Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015);

preso atto che i citati accordi per le annualità 2014-2015 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di PSN:

	Linea Progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Linea Progettuale: Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Altre Linee Progettuali di PSN	TOTALE
Importi in euro	A	B	C	D=A+B+C
Esercizio 2014	8.203.092	19.687.421	88.130.046	116.020.559
Esercizio 2015	8.178.232	19.627.756	44.822.716	72.628.704

vista la DGR n. 25 - 699 del 30/12/2013 concernente l'approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015 finalizzati a rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria recependo altresì le criticità e le valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano medesimo;

vista la DGR n. 24 - 1419 dell' 11/05/2015 con la quale si è provveduto a modificare l'Azione 10.1.4 dei programmi Operativi 2013 - 2015 già approvati con la DGR n. 25 - 699 del 30 /12/2013; e la conseguente DGR n. 36 - 1483 del 25/05/2015 di approvazione dei tetti di spesa per il personale delle ASR;

vista la D.G.R. n. 52-7643 del 21/05/2014 avente ad oggetto "Piano Regionale della prevenzione 2014-2018: indirizzi per l'anno 2014";

vista la D.G.R. n. 40-854 del 29/12/2014 avente ad oggetto "Piano Regionale della prevenzione 2014-2018: recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e indirizzi generali per il periodo 2015-2018";

vista la D.G.R. n. 25-1513 del 03/06/2015 avente ad oggetto "Piano regionale della prevenzione 2014-2018: approvazione dei programmi di prevenzione per il periodo 2015-2018, in attuazione della DGR n. 40-854 del 29/12/2014";

dato atto che con D.D. n. 262 del 07/04/2014, sono stati approvati i criteri per l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013 di approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015;

dato atto, inoltre, che con D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25/07/2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5/06/2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

vista la D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014 che individua i Centri Hub della Rete regionale di Terapia del Dolore quali centri autorizzati al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di neurostimolatori spinali e di pompe di infusione totalmente impiantabili, in un'ottica di concentrazione degli interventi ad alta complessità e di razionalizzazione della spesa;

dato atto che con D.G.R. n. 42-2743 del 29/12/2015 è stata approvata la riorganizzazione della Rete regionale di Terapia del Dolore, a parziale modifica della D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25/07/2012, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, con l'individuazione di tre centri Hub sul territorio regionale e l'eliminazione della distinzione tra Centri Spoke di primo e di secondo livello;

dato atto che le schede di progetto obiettivo di PSN relative alle risorse vincolate per l'anno 2014 sono state approvate e assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con la D.G.R. n. 64-2497 del 23/11/ 2015;

dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2015 sono state assegnate agli Enti del SSR con la D.G.R. n. 34 – 2054 del 1/09/2015 disponendo, tra l'altro, una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014;

dato atto che la D.G.R. n. 35 – 3152 del 11/04/2016 ha disposto la rideterminazione delle risorse assegnate agli Enti del SSR per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di PSN 2015 in coerenza alle risorse definitive assegnate alla Regione Piemonte per tali interventi (Rep. Atti n. 236/CSR del 23 dicembre 2015);

precisato che la sostanziale continuità dei Progetti Obiettivo di PSN 2015 rispetto alle linee progettuali di PSN 2014 declinati con la D.G.R. n. 64-2497 del 23/11/2015 è stata disposta, tra l'altro, nel rispetto dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:

- Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.
- Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione.

vista la D.G.R. n. 22-4797 del 20/03/2017 avente ad oggetto "Rideterminazione del riparto alle Aziende Sanitarie Regionali di cui alla d.g.r. n. 35-3152 dell'11/04/2016 relativo alle risorse definitive per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di PSN 2016 di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016, e rendicontazione delle attivita' relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2014 e 2015".

considerato che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2015 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2015 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali

Allegato 1)	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2015	Settori regionali competenti
1 Attività di assistenza primaria Programmazione dei servizi territoriali	25.433.724,0	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali Programmazione dei servizi territoriali	2.632.768,0	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

Allegato 1)	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2015	Settori regionali competenti
3 Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.	8.178.232,0	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDIALIERA
4 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening	19.627.756,0	A1401A - PREVENZIONE E VETERINARIA
5 Gestione della cronicità Modelli avanzati di gestione delle malattie Croniche Programmazione dei servizi territoriali. Rete Ospedaliera.	12.377.680,0	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
6 Reti oncologiche Rete Ospedaliera	4.378.544,0	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDIALIERA
TOTALE COMPLESSIVO	72.628.704,0	

precisato che, in conformità a quanto previsto dall'articolo 29 comma e) del D.Lgs. 23 giugno 2011, n.118, le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell'esercizio 2016, devono essere accantonate (conto NSIS "BA2780") in un apposito fondo spese (conto NSIS "PBA160") per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l'obbligo di rendicontazione – da parte dei destinatari del finanziamento – delle somme impiegate negli anni successivi;

ritenuto di riportare nel presente provvedimento, ai sensi dei sopracitati accordi, la specifica relazione che illustra per gli anni 2014 i risultati raggiunti, per singolo progetto, e degli stati di avanzamento;

attestata la regolarità amministrativa del presente atto, ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016;

tutto ciò premesso e considerato;

udita la proposta del relatore, la Giunta Regionale, unanime,

d e l i b e r a

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di dare atto che l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015, è stato recepito con la D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016 confermando per Progetti Obiettivo aziendali di PSN 2015, in coerenza con la D.G.R. n. 34 – 2054 del 1 settembre 2015, la sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali di PSN 2014 che sono stati declinati con la D.G.R. n. 64-2497 del 23/11/2015;
- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2015, allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale coerente con quanto assegnato e realizzato dagli Enti del SSR nell'esercizio 2015 in attuazione ai seguenti provvedimenti di riparto del fondo sanitario:
  - D.G.R. n. 34 – 2054 del 1 settembre 2015.
  - D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016.
  - D.G.R. n. 44 – 3352 del 22 maggio 2016.
- di dare atto che la relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, allegata al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, Allegato 2), è stata approvata con la D.G.R. n. 22-4797 del 20/03/2017 – Allegato B);
- di dare atto che gli Enti del SSR di cui all'Allegato 1 del presente provvedimento, destinatari della quota di fondo vincolato, in attuazione alle indicazioni regionali hanno trasmesso la rendicontazione dei costi sostenuti e contabilizzati nel bilancio d'esercizio 2015 per lo svolgimento delle attività relative alle linee progettuali e la relazione sull'attività svolta nel 2015;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 22 dicembre 2017.

cr

REGIONE PIEMONTE

Direzione "Sanità"

Settore A1412A "Controllo di Gestione, Monitoraggio costi per livelli di Assistenza delle ASR e Sistemi Informativi"
gestione.informatica@regione.piemonte.it

Il Responsabile

Torino, 5.04.2017

Protocollo 3475 - A1412A
Classificazione:
Fascicolo:

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio II
c.a. dott.ssa Annunziata GUIDO

dgprog@postacert.sanita.it

Oggetto: Trasmissione D.G.R. n. 22-4797 del 20.03.2017

Con la presente si trasmette la deliberazione n. 22-4797 approvata nella seduta della Giunta Regionale del 20.03.2017 avente per oggetto "Rideterminazione del riparto alle Aziende Sanitarie Regionali di cui alla d.g.r. n. 35-3152 dell' 11.04.2016 relativo alle risorse definitive per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di PSN 2016 di cui all' Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 65/CSR del 14 aprile 2016, e rendicontazione delle attività relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2014 e 2015".

Rimanendo a disposizione per ogni eventuale ulteriore chiarimento, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

dott. Antonino RUGGERI

Allegati: 1

/SDG

Corso Regina Margherita, 153 bis - 10122 TORINO
Tel. 011/432.1509 – fax 011/4324619

REGIONE
PIEMONTE

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 184 Adunanza 20 marzo 2017

L'anno duemiladiciassette il giorno 20 del mese di marzo alle ore 10:05 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Francesco BALOCCO, Giuseppina DE SANTIS, Augusto FERRARI, Giovanni Maria FERRARIS, Giorgio FERRERO, Antonella PARIGI, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, ~~Monica CERUTTI,~~ con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

E' assente l' Assessore: CERUTTI

(Omissis)

D.G.R. n. 22 - 4797

OGGETTO:

Rideterminazione del riparto alle Aziende Sanitarie Regionali di cui alla d.g.r. n. 35-3152 dell'11.04.2016 relativo alle risorse definitive per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di PSN 2016 di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 65/CSR del 14 aprile 2016, e rendicontazione delle attivita' relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2014 e 2015.

A relazione dell' Assessore SAITTA:

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

visto lo Statuto della Regione Piemonte;

vista la Legge Regionale 18 gennaio 1995, n. 8 e successive modificazioni ed integrazioni;

visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e smi;

visto quanto disposto dal Titolo II del D.Lgs 118/2011 avente ad oggetto "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", con particolare riferimento agli artt. 29 e 30;

visto l'articolo 1, comma 34, della legge 23.12.1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il CIPE, 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, 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 23.12.1996, n. 662, come modificato dall'art. 79 comma 1 – quater del decreto legge 25.06.2008 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 6.06.2013, n. 64, il quale prevede l'elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al citato comma 34 sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e approvate tramite accordo dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione;

vista l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5.06.2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014 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 del 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 del Patto della Salute che al comma 2 recita: "*Con il presente Patto le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per 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 sei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori*";

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. (Rep. Atti n. 126/CSR del 30 luglio 2015);

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015 in sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014. (Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015);

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n.662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016 in sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2015. (Rep. Atti n. 65/CSR del 14 aprile 2016);

preso atto che i citati accordi per le annualità 2014-2016 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di PSN:

	Linea Progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Linea Progettuale: Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Altre Linee Progettuali di PSN	TOTALE
Importi in euro	A	B	C	D=A+B+C
Esercizio 2014	8.203.092	19.687.421	88.130.046	116.020.559
Esercizio 2015	8.178.232	19.627.756	44.822.716	72.628.704
Esercizio 2016	8.178.232	19.627.756	48.408.143	76.214.131

vista la D.G.R. n. 52-7643 del 21/05/2014 avente ad oggetto "Piano Regionale della prevenzione 2014-2018: indirizzi per l'anno 2014";

vista la D.G.R. n. 40-854 del 29/12/2014 avente ad oggetto "Piano Regionale della prevenzione 2014-2018: recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e indirizzi generali per il periodo 2015-2018";

vista la D.G.R. n. 25-1513 del 03/06/2015 avente ad oggetto "Piano regionale della prevenzione 2014-2018: approvazione dei programmi di prevenzione per il periodo 2015-2018, in attuazione della DGR n. 40-854 del 29/12/2014";

dato atto che con D.D. n. 262 del 07/04/2014, sono stati approvati i criteri per l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013 di approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015;

dato atto, inoltre, che con D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, 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 Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

vista la D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014 che individua i Centri Hub della Rete regionale di Terapia del Dolore quali centri autorizzati al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di neurostimolatori spinali e di pompe di infusione totalmente impiantabili, in un'ottica di concentrazione degli interventi ad alta complessità e di razionalizzazione della spesa;

dato atto che con D.G.R. n. 42-2743 del 29.12/2015 è stata approvata la riorganizzazione della Rete regionale di Terapia del Dolore, a parziale modifica della D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25/07/2012, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, con l'individuazione di tre centri Hub sul territorio regionale e l'eliminazione della distinzione tra Centri Spoke di primo e di secondo livello;

dato atto che le schede di progetto obiettivo di PSN relative alle risorse vincolate per l'anno 2014 sono state approvate e assegnate agli Enti del SSR con la D.G.R. n. 64-2497 del 23 novembre 2015;

dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2015 sono state assegnate agli Enti del SSR con la D.G.R. n. 34 – 2054 del 1 settembre 2015 disponendo, tra l'altro, una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014;

dato atto che la D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016 ha disposto la rideterminazione delle risorse assegnate agli Enti del SSR per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di PSN 2015 in

coerenza alle risorse definitive assegnate alla Regione Piemonte per tali interventi (Rep. Atti n. 236/CSR del 23 dicembre 2015);

dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2016 sono state assegnate agli Enti del SSR con la D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016 disponendo, tra l'altro, una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 e 2015;

precisato che la sostanziale continuità dei Progetti Obiettivo di PSN 2015 e 2016 rispetto alle linee progettuali di PSN 2014 declinati con la D.G.R. n. 64-2497 del 23 novembre 2015 è stata disposta, tra l'altro, nel rispetto dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:

- Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.
- Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione.

ritenuto di rideterminare, con il presente provvedimento, le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2016 che sono state assegnate agli Enti del SSR con la D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016 disponendo, tra l'altro, una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 e 2015;

ribadito che, al fine di predisporre la relazione illustrativa dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2016, di cui all'art.1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come novellato dall'art. 79, comma 1 quater della legge 6 agosto 2008 n. 133, è necessario acquisire la rendicontazione dei costi sostenuti e la relazione sull'attività svolta nell'anno 2016 da parte delle aziende destinatarie del finanziamento in continuità alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 con la D.G.R. n. 64-2497 del 23 novembre 2015;

ribadito ai fini della rendicontazione di cui al punto precedente, che le risorse vincolate 2016 rideterminate con il presente provvedimento sono da ritenersi destinate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del Patto della salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea ed in coerenza ai programmi operativi approvati, nel rispetto tuttavia dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:

- Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.
- Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione.

precisato che, in conformità a quanto previsto dall'articolo 29 comma e) del D.Lgs. 23 giugno 2011, n.118, le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell'esercizio 2016, devono essere accantonate (conto NSIS "BA2780") in un apposito fondo spese (conto NSIS "PBA160") per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l'obbligo di rendicontazione – da parte dei destinatari del finanziamento – delle somme impiegate negli anni successivi;

precisato che la rideterminazione delle risorse da FSR vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2016, riportata in allegato A parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, dovrà essere recepita dalle Aziende del SSR nella contabilità 2016 ed in particolare nel CE al IV trimestre e nel bilancio d'esercizio 2016;

precisato che la rideterminazione delle restanti risorse c/esercizio 2016 assegnate provvisoriamente alle Aziende del SSR con DGR n. 35-3152 del 11/04/2016 sarà disposta con successive deliberazioni di giunta regionale entro le tempistiche utili per l'adozione aziendale del bilancio d'esercizio 2016;

dato atto che il presente provvedimento, ai sensi dei sopracitati accordi, contiene anche una specifica relazione che illustra per gli anni 2014 e 2015 i risultati raggiunti, per singolo progetto,e degli stati di avanzamento;

vista la legge regionale n. 28 del 29/12/2016 "Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio della Regione per l'anno 2017 e disposizioni finanziarie";

attestata la regolarità amministrativa del presente atto, ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016;

preso atto che la somma di euro 76.214.131,00 è stata accertata sul capitolo di entrata 20590/2016 ed impegnata sul capitolo di spesa 160355/2016;

tutto ciò premesso e considerato;

udita la proposta del relatore, la Giunta Regionale, unanime,

d e l i b e r a

di assegnare agli Enti del SSR le risorse vincolate definitive relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2016 riportate in allegato A), parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, pari complessivamente a euro 76.214.131,00 che rideterminano le risorse assegnate provvisoriamente agli Enti del SSR con la D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016;

di dare atto che, per l'anno 2016, debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto all'esercizio 2015 ed alle linee progettuali individuate con la D.G.R. n. 64-2497 del 23 novembre 2015, nel rispetto, tra l'altro, dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:

- Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.

- Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione

di approvare la relazione riportata nell'allegato B), parte integrante e sostanziale al presente provvedimento, che per gli anni 2014 e 2015 illustra i risultati raggiunti, per singolo progetto, e gli stati di avanzamento per i progetti pluriennali;

di dare atto che la somma di euro 76.214.131,00 è stata accertata sul capitolo di entrata 20590/2016 ed impegnata sul capitolo di spesa 160355/2016.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 20 marzo 2017.

cr/cn

Allegato A)
RISORSE 2016 DEFINITIVE C/ESERCIZIO - FSR Vincolato: Progetti di PSN (L. 662/96)

	Risorse Provvisorie (D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016) *	Variazione delle risorse	Risorse Definitive 2016	QUOTA PARTE 2016 DESTINATA ALLA Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.	QUOTA PARTE 2016 DESTINATA ALLA Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening.
	A	B	C=A+B		
Criterio di assegnazione		Incidenza rispetto alla popolazione al 31.12.2015		Incidenza rispetto alla quota assegnata con la D.G.R. n. 64-2497 del 23 novembre 2015	
000 GSA					
ASL 201 - TO1	6.576.112	385.641	6.961.753	884.288	2.122.292
ASL 202 - TO2	7.558.271	339.324	7.897.595	778.597	1.868.632
ASL 203 - TO3	8.766.234	476.469	9.242.703	1.081.751	2.596.202
ASL 204 - TO4	7.771.959	421.958	8.193.917	960.528	2.305.267
ASL 205 - TO5	4.650.750	252.623	4.903.373	571.953	1.372.687
ASL 206 - VC	2.708.310	140.032	2.848.342	321.666	771.998
ASL 207 - BI	2.395.043	139.621	2.534.664	320.282	768.676
ASL 208 - NO	5.141.014	284.150	5.425.164	644.801	1.547.522
ASL 209 - VCO	2.316.782	138.872	2.455.655	316.999	760.797
ASL 210 - CN1	6.262.077	341.030	6.603.108	775.450	1.861.081
ASL 211 - CN2	2.237.961	139.721	2.377.682	316.689	760.054
ASL 212 - AT	2.790.844	167.131	2.957.975	382.630	918.313
ASL 213 - AL	6.970.772	358.854	7.329.626	822.598	1.974.235
TOTALE ASL	66.146.130	3.585.426	69.731.557	8.178.232	19.627.756
Aso 904 - S.Luigi	634.697		634.697		
Aso 905 - NO			-		
Aso 906 - CN	5.000		5.000		
Aso 907 - AL	639.697		639.697		
Aso 908 - Mauriziano	5.000		5.000		
ASO 909 - Città della Salute	5.198.180		5.198.180		
Totale ASO	6.482.573	0	6.482.574	0	0
Tot Complessivo	72.628.704	3.585.426	76.214.131	8.178.232	19.627.756

* Le risorse indicate rappresentano una quota parte dell'importo indicato in colonna B dell'allegato C. Detto importo è pari alle risorse vincolate di PSN assegnate gli Enti del SSR per l'esercizio 2015.

20-4787 20-3-2017

0003910-16/04/2018-GAB-GAB-A - Allegato Utente 15 (A15)

Gent,mi

si inviano come richiesto:

- la DGR 188 del 2018 con la quale sono stati approvati gli obiettivi di piano 2015 della regione Puglia
- la relazione sugli obiettivi di paino 2014

Un cordiale saluto

Dott. Ettore Attolini

Direttore Area Programmazione Sanitaria A.Re.S.S. Puglia

Via Gentile, 52

70125 BARI

Tel. 080 5403170

E-mail: e.attolini@arespuglia.it

R E G I O N E P U G L I A

Deliberazione della Giunta Regionale

N. 188 del 20/02/2018 del Registro delle Deliberazioni

Codice CIFRA: GFS/DEL/2018/00002

OGGETTO: Obiettivi a carattere prioritario e di rilievo nazionale. Approvazione progetti riferiti al finanziamento 2015.

L'anno 2018 addì 20 del mese di Febbraio, in Bari, nella Sala delle adunanze, si è riunita la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

Sono presenti:		Sono assenti:	
Presidente	Michele Emiliano	Assessore	Filippo Caracciolo
V.Presidente	Antonio Nunziante	Assessore	Leonardo di Gioia
Assessore	Loredana Capone	Assessore	Michele Mazzarano
Assessore	Sebastiano Leo		
Assessore	Raffaele Piemontese		
Assessore	Alfonsino Pisicchio		
Assessore	Salvatore Ruggeri		

Assiste alla seduta il Segretario redigente: Dott.a Carmela Moretti

Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Funzionario Istruttore e confermata dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo e dal Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti , riferisce quanto segue :

Vista *l'Intesa, (Rep. Atti n. 236/CSR) del* 23/12/2015, fra Stato-Regioni e Province Autonome che ha sancito sulla nuova proposta del Ministro della Salute di Deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione delle risorse vincolate – ai sensi dell'art. 1, co. 34 e 34 bis, della L. n. 662 del 23/12/1996 – la realizzazione degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015.

Con *l'Accordo (Rep. Atti n. 234/CSR),* sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 23/12/2015, sono state quindi individuate per l'anno 2015 le seguenti Linee Progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate di cui al sopra citato art. 1, c. 34 e 34 bis della L. 23/12/1996, n. 662 per l'elaborazione di progetti finalizzati a realizzare gli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario nazionale:

1. Attività di assistenza primaria
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.
4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione.
4. Supporto al Piano Nazionale Prevenzione
5. Gestione delle Cronicità.
6. Reti Oncologiche.

Vista l'assegnazione complessiva per la Regione Puglia che è pari a *euro 67.140.070,00.*

Conformemente a quanto disposto dal suddetto comma 34 bis dell'art. 1 della L. 23/12/1996 n. 662, *l'Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015* stabilisce che i progetti predisposti nell'ambito delle elencate Linee Progettuali, siano presentati dalle Regioni al Ministero della Salute, su proposta del quale, previa valutazione favorevole del comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005, saranno quindi sottoposti all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni. L'Accordo stabilisce inoltre che la Delibera di approvazione dei progetti contenga "anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali.

Sulla base delle suddette linee progettuali, l'ARESS Puglia ed i competenti uffici regionali hanno predisposto i seguenti progetti che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:

- *Linea Progettuale 1: Attività di assistenza primaria :* Implementazione dell'Assistenza Primaria.
- *Linea Progettuale 2: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali:* Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi.
- *Linea Progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica :* Rete regionale di cure palliative.
- *Linea Progettuale 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione:* Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione.
- *Linea Progettuale 4: Supporto al Piano Nazionale Prevenzione*
- *Linea Progettuale 5: Gestione della cronicità:* Gestione delle cronicità - CCM in Puglia.
- *Linea Progettuale 6: Reti Oncologiche:* Rete Oncologica Pugliese.

Visto che *l'Accordo Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015* prevede vincoli specifici sulle risorse ministeriali per l'anno 2015, che sono stati rispettati.

Nel rispetto delle suddette linee e vincoli, l'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.S.) ha predisposto i progetti (allegato n.1 alla presente deliberazione). Tenuto conto che le ASL trasmettono annualmente ai referenti dei progetti, la relazione finale in merito all'attuazione degli stessi, tenuto conto che i progetti si integrano a pieno titolo nelle attività istituzionali riferite ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Dato atto che le attività relative alle linee progettuali sono state già avviate a sostegno dell'attività istituzionale delle Aziende costituendo vincolo per le Aziende e Istituti del SSR, indipendentemente dalla burocratizzazione dei procedimenti e dalla materiale erogazione dei fondi che costituisce supporto aggiuntivo per detto perseguimento.

Tenuto conto che ai fini dell'istruttoria ministeriale è necessario anche inviare le rendicontazioni relative ai progetti finanziati con le risorse riferite all'esercizio 2014, per le quali l'Aress sta procedendo alla ultimazione.

Tenuto conto che le linee programmatiche approvate rivestono particolare interesse e rilievo per l'intera pianificazione regionale.

Ritenuto di inviare al Ministero della Salute il presente provvedimento, corredato delle Schede di Progetto, onde consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate alla Regione Puglia con la citata Intesa del 23 dicembre 2015, così come di seguito riepilogato:

LINEA PROGETTUALE	TITOLO DEL PROGETTO	COSTO COMPLESSIVO
1	Riorganizzazione dell'Assistenza Primaria	€ 8.400.000,00
2	Rete per l'assistenza domiciliare per trattamenti riabilitativi	€ 20.495.413,00
3	Rete regionale di cure palliative	€ 7.560.193,00
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 18.053.741,68
4	Supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 90.722,32
5	Gestione Cronicità - CCM in Puglia	€ 9.540.000,00
6	Reti Oncologiche	€ 3.000.000,00
	TOTALE	**€ 67.140.070,00**

Visto che con Deliberazione di Giunta Regionale n.26 del 12 gennaio 2018 sono stati recepiti *l'Accordo e l'Intesa Stato-Regioni del 23 dicembre 2015,* si propone alla Giunta di approvare i progetti.

Preso atto che ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs118/2011 le somme risultano iscritte in entrata e uscita nell'esercizio di competenza 2015, e che le stesse risultano già impegnate al capitolo 751068/2015 con AD n.75/168/2015 e n.76/168/2015, giusti crediti iscritti dalle Aziende Sanitarie nei Bilanci di Esercizio 2015;

Copertura finanziaria ai sensi del D.lgs. 118/2011

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale, in quanto trattasi di mera ricognitoria, posto che le risorse risultano essere già state impegnate con AD n.75/168/2015 e n.76/168/2015, e parzialmente erogate.

Il Presidente, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della L.R. n. 7/97 art.4, comma4, lettera k) l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita e fatta propria la relazione del Presidente, che qui si intende integralmente riportata;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo e dal competente Direttore di Dipartimento;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

Per quanto in premessa indicato che qui si intende integralmente trascritto:

1. Di approvare le schede di progetto – di cui all'allegato n. 1 al presente atto – parti integranti del presente provvedimento elaborate secondo le linee progettuali indicate nell'Accordo Stato-Regioni e relative alle risorse assegnate per l'anno 2015, pari ad € 67.140.070,00.
2. Di dare mandato al Commissario dell'Aressdi predisporre le relazioni consuntive dei progetti finanziati con le risorse 2014 al fine dell'invio ai competenti uffici del Ministero della Salute;
3. Di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute per gli adempimenti di competenza.
4. Di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul sito ufficiale della Regione Puglia.
5. Di pubblicare la presente Deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta

Il Segretario Generale della Giunta Regionale
Dott. CARMELA MORETTI

Il Presidente della Giunta

Dott. MICHELE EMILIANO

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

Funzionario istruttore

(Bartolo Cozzoli) _____

Il Dirigente della Sezione Amministrazione, Finanza e Controllo

(Benedetto G. PACIFICO) _____

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni ai sensi del combinato disposto degli art.18 e 20 del D.P.G.R. 443/2015

Il Direttore del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti

(Giancarlo RUSCITTI) _____

Il Presidente della Giunta Regionale

(Michele EMILIANO) _____

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO E RAGIONERIA
PARERE DI REGOLARITÀ CONTABILE
(Art. 79, comma 5, L.R. 28/2001)

Si esprime: PARERE POSITIVO
sulla presente proposta di deliberazione sottoposta all'esame della Giunta Regionale.
Bari, 14/02/2017

IL DIRIGENTE
- D.ssa Maria Rosa LOMASTRO -

Il Presente provvedimento è esecutivo
Il Segretario della Giunta
Dott.ssa CARMELA MORETTI

ORIGINALE

Regione Puglia

PROGETTI DI PIANO
ANNO 2015

REDATTI AI SENSI DELL'ARTICOLO 1, COMMI 34 E 34 BIS, DELLA LEGGE DEL 23 DICEMBRE 1996, N. 662.

ELABORAZIONE : ARESS PUGLIA

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO
FINANZA SANITARIA REGIONALE
REGIONE PUGLIA

INDICE ANALITICO DEI PROGETTI

LINEA PROGETTUALE 1: ATTIVITÀ DI ASSISTENZA

IMPLEMENTAZIONE DELL'ASSISTENZA PRIMARIA

LINEA PROGETTUALE 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

RETE PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE PER TRATTAMENTI RIABILITATIVI

LINEA PROGETTUALE 3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE

LINEA PROGETTUALE 4: PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

LINEA PROGETTUALE 4: PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

LINEA PROGETTUALE 5: GESTIONE DELLA CRONICITÀ

CHRONIC CARE MODEL PUGLIA

LINEA PROGETTUALE 6: RETI ONCOLOGICHE

RETE ONCOLOGICA PUGLIESE (ROP)

SEZIONE AMMINISTRAZIONE FINANZA E CONTROLLO
FINANZA SANITARIA REGIONALE
REGIONE PUGLIA

Codice Fiscale 80012000826
Partita I.V.A. 02711070827

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Area Interdipartimentale 2
Programmazione Sanitaria Regionale

Prot./Area Int.2/n. 8700 Palermo, 31 GEN. 2017

Oggetto: Trasmissione D.A. n.264/16 del 19.02.2016 "Adozione schede progettuali relative ai Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale anno 2015 di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep.Atti n.234/CSR del 23 dicembre 2015".

Al Ministero della Salute

Al Ministero dell'Economia e delle Finanze

LORO SEDI

Si trasmette, in allegato, il D.A. n. 264/16 del 19.02.2016, con il quale è stata disposta l'adozione di n.6 schede relative alle linee progettuali previste dall'Accordo Stato-Regioni Rep.Atti n.234/CSR del 23 dicembre 2015, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015.

Il Funzionario Direttivo
Maria Concetta Saporito

Il Dirigente dell'Area Int.2
Dott.ssa Tatiana Agelao

D.A. n. 264 / 2016

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE
L'ASSESSORE

Adozione schede progettuali relative ai Progetti Obiettivo di PSN anno 2015 di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015.

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;

VISTO il D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.;

VISTA la l.r. 14 aprile 2009, n. 5 e s.m.i;

VISTO il Piano Sanitario Regionale 2011-2013, approvato con Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011;

VISTO il Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni in materia di armonizzazione degli schemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", ed in particolare l'art. 20 sulla perimetrazione entrate e uscite relative al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;

VISTO il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2013/2015, redatto in prosecuzione del Programma Operativo Regionale 2010/2012, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 95/2012, convertito con Legge n. 135/2012, approvato con Decreti Assessoriali n. 476 del 26/03/2014 e n. 678 del 23/04/2014;

VISTO il Patto della Salute 2014-2016, approvato con Intesa Stato-Regioni rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni rep. atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015, con il quale sono individuate le risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario 2015 e si definiscono nell'Allegato A le linee progettuali per l'utilizzo delle somme assegnate a ciascuna Regione;

PRESO ATTO che il predetto Accordo dispone che per l'anno 2015 debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 e che per ciascuna linea progettuale ogni Regione potrà presentare un unico specifico progetto;

PRESO ATTO dell'Intesa rep n. 236/CSR del 23/12/2015 relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015;

VISTO il D.D.S. n. 2386 del 28.12.2015 con il quale, a seguito dell'Intesa rep n. 236/CSR del 23 dicembre 2015 è stata, altresì, impegnata, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n.118/2011 e s.m.i., la somma di euro 40.572.605,00 sul capitolo 413322 "Spese per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati da Piano Sanitario Nazionale", Rubrica – Dipartimento Pianificazione Strategica - del Bilancio di previsione della Regione per l'anno 2015;

RITENUTO necessario sviluppare specifici progetti per ciascuna linea progettuale, al fine di orientare le attività del Sistema Sanitario Regionale in coerenza con le aree di intervento previste nel predetto Accordo Stato-Regioni rep. atti n.234/CSR del 23 dicembre 2015, da realizzare mediante specifiche azioni delle Aziende Sanitarie da sottoporre alla valutazione ed approvazione delle competenti Aree e Servizi dell'Assessorato Regionale Salute;

VISTO l'art. 68 della l.r. n. 21/2014 e successive modifiche ed integrazioni;

DECRETA

ART. 1 Per quanto sopra esposto, che qui si intende integralmente riportato, è disposta l'adozione di n. 6 schede relative alle linee progettuali come previste dall'Accordo Stato-Regioni rep. atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015, allegate e parte integrante del presente decreto.

ART. 2 Come da Intesa ministeriale rep. n. 236/CSR del 23 dicembre 2015 è determinato in euro 40.572.605,00 l'importo complessivo delle risorse assegnate alla Sicilia per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, ripartito come da prospetto allegato, nel quale è altresì indicata, per ogni linea progettuale, la struttura intermedia referente presso questo Assessorato.

ART. 3 Con successivo provvedimento saranno individuate le Aziende Sanitarie della Regione e/o gli Enti attuatori destinatari della quota del 70% di risorse necessarie allo svolgimento delle rispettive Linee Progettuali che verranno loro affidate secondo le modalità previste nell'Intesa rep. Atti n. 236/CSR del 23 dicembre 2015.

ART. 4 E' disposta la trasmissione del presente provvedimento, unitamente agli allegati, al Ministero della Salute per la successiva approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015.

ART. 5 Con successivo provvedimento, ad integrazione del presente decreto, si procederà all'approvazione della relazione sui risultati raggiunti per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di Piano sanitario nazionale anno 2014 e degli stati di avanzamento dei progetti pluriennali, i cui esiti in merito allo stato di attuazione da parte dai soggetti attuatori, sono in corso di acquisizione da parte dei Dirigenti assessoriali referenti di ciascuna linea progettuale, per la prevista convalida.

Ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line il provvedimento è trasmesso al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale.

Palermo, 19/02/2016

L'Assessore
On.le Baldassare Gucciardi

Allegato al D.A. 264 del 19 febbraio 2016

Linea Progettuale PSN 2015 Intesa Stato Regioni del 23.12.2015 – CSR/234	Titolo del Progetto	Importo (in euro)	Referente Assessoriale
1) Attività di assistenza primaria	Implementazione del processo di riorganizzazione della rete dei servizi di assistenza territoriale	1.500.000	Servizio 6 DPS Servizio 8 DPS
2) Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Sviluppo dei processi di umanizzazione delle cure attraverso il cambiamento organizzativo in alcuni settori assistenziali	4.000.000	Servizio 8 DASOE Servizio 6 DASOE Servizio 2 DASOE
3) Cure palliative e terapie del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Realizzazione delle reti locali di cure palliative e potenziamento delle cure domiciliari di base e specialistiche	4.568.609	Servizio 1 DASOE
4) Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Sostegno operativo alle azioni del Piano Regionale della Prevenzione	10.964.662	Servizio 4 Servizio 5 Servizio 7 Servizio 7 Servizio 10 U.O.B. 9.2 DASOE
5) Gestione della cronicità	Cronicità, fragilità e non autosufficienza: Implementazione dei percorsi assistenziali regionali per la rete dei servizi integrati "ospedale territorio" e di continuità delle cure	10.000.000	Servizio 4 Servizio 8 DPS Servizio 11 DASOE
6) Reti oncologiche	Sviluppo della Rete Oncologica della Sicilia Re.O.S.	9.539.334	Servizio 4 DPS

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e *34bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015.

Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015

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

Nella odierna seduta del 22 dicembre 2015:

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

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

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

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

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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla

realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2014 sancita da questa Conferenza il 4 dicembre 2014 (Rep. Atti n. 172/CSR);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014, sancito da questa Conferenza nella seduta del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014;

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

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

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

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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute

concernente il "Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018" (Rep. 15/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 Treno e Bolzano, concernente il" Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione" (Rep. Atti n. 56/CSR del 25 marzo 2015);

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

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

VISTA la nota del Ministero della salute del 22 dicembre 2015, con la quale è stata trasmessa la proposta di accordo indicata in oggetto, diramata da questo Ufficio di Segreteria in pari data;

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

PREMESSO CHE :

- occorre fare riferimento al Piano Sanitario Nazionale (PSN) relativo al triennio 2006-2008, approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006;
- il PSN 2006-2008 nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto. Rep. 2271/2005), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità e le disomogeneità territoriali, impegna Stato e Regioni nell'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, al fine di garantire uniformità dell'assistenza. Tali strategie possono declinarsi, tramite l'adozione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la

promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;

- il Patto per la salute, per gli anni 2014-2016, sottolinea esplicitamente la necessità di una rivisitazione a tutti i livelli dell'intero sistema della salute, sia sotto il profilo organizzativo che sotto quello gestionale, con il chiaro obiettivo di aumentarne l'efficienza e l'efficacia, al fine di assicurare la soddisfazione del bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e l'appropriatezza delle stesse, riguardo alle specifiche esigenze, in modo da creare ulteriori spazi economici da utilizzare per i necessari investimenti;

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. per l'anno 2015, debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-Regioni del 30 Luglio 2015);

2. per l'anno 2015, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati **A** e **B** del presente Accordo, di cui ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

3. a seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. n. 236/CSR..), in applicazione dell'articolo 1, comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-*bis*, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n.64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse;

4. al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento, le Regioni dovranno presentare con Delibera di Giunta regionale o atto equivalente, al Ministero della salute, entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, specifici progetti, esclusivamente nell'ambito degli indirizzi individuati nel presente accordo;

5. nella delibera o atto equivalente dovrà essere necessariamente contenuta, anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, relativamente all'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali nonché, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità (allegato A parte II Accordo rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012), una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni in caso di progetti pluriennali ;

6. per ciascuna linea progettuale indicata dal presente accordo per l'anno 2015, le Regioni potranno presentare un unico specifico progetto, in conformità delle stesse linee

progettuali individuate per l'anno 2015, di cui all'allegato A del presente accordo. Tale progetto dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:

a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
c) i costi connessi;
d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;

7. le Regioni sono tenute:
   a) a presentare almeno un progetto per le linee progettuali con risorse destinate;
   b) a presentare solo un progetto nelle linee con risorse non vincolate, libere di presentare o meno un progetto su tutte le linee con risorse non vincolate;

8. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 della citata intesa del 23 marzo 2005;

9. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4. ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
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 2015

1) Linea progettuale:

1. ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il sistema di welfare italiano si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità, legati in gran parte, da un lato alla crisi economica e alla riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali, e dall'altro alle profonde trasformazioni demografiche e sociali, caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione, dai mutamenti della struttura delle famiglie nonché dalla dinamica migratoria che, seppure attenuata dalla crisi continua a risultare, come avviene da oltre un ventennio, positiva. In tale scenario per sviluppare un servizio sanitario sostenibile, diviene necessario aggiornare e potenziare il modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario in modo da renderlo più vicino alle persone e ai nuovi bisogni di salute che esse esprimono. In particolare, in quest'ultimo decennio le scelte di politica sanitaria sono state orientate alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali attraverso l'individuazione di modelli organizzativi basati sull'integrazione professionale e la partecipazione di pazienti e famiglie che ha visto da un lato il cambiamento del ruolo dell'ospedale, divenuto sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute e dall'altro il potenziamento del sistema delle Cure Primarie che rappresenta l'interfaccia tra la popolazione e il SSN.
In tale processo di profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale, il Medico di Medicina Generale (MMG) ed il Pediatra di Libera Scelta (PLS) rivestono un ruolo centrale e attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio consentono lo sviluppo di forme assistenziali in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Ciò consente, inoltre, la messa a punto di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e i cittadini che divengono pertanto soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, favorendo il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute e alla responsabilizzazione delle persone nel proprio percorso di cura.
La recente normativa (d. l. 158/12 convertito con modificazioni dalla legge 189/2012 – c.d. decreto Balduzzi) ha rappresentato, a tale proposito, un ulteriore balzo in avanti prevedendo di accelerare il percorso di attivazione di forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) e multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP) nell'ottica di una più stretta complementarietà con le strutture ospedaliere, con i distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali. Ciò al fine di garantire la presa in carico globale della persona all'interno di

percorsi diagnostico-assistenziali predefiniti e su indicatori di processo che consentano la valutazione dei relativi esiti.
Un ulteriore impulso in tal senso è stato altresì fornito anche dal recente Patto per la Salute (rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014) il cui obiettivo è rendere il sistema sanitario sostenibile di fronte alle nuove sfide tra le quali l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata

Aree prioritarie di intervento

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

a) attivazione/implementazione di forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (c. 2, art. 1, legge n.189/2012) per l'erogazione delle Cure Primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello tipo coerente con i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.
Gli obiettivi fondamentali delle UCCP e delle AFT sono:
- Assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto);
- Garantire la continuità delle cure mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- Garantire la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana (H 24), avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina Generale;
- Garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) con particolare riferimento alla gestione integrata della cronicità, sia attraverso l'integrazione assistenziale tra le componenti della medicina convenzionata (MMG, PLS, MSA), che attraverso l'integrazione informativa tra questa e la rete distrettuale ed ospedaliera, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni: relazionale, gestionale ed informativa;

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

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

2) **Linea progettuale:**

SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Premessa

Umanizzazione significa recuperare la centralità dell'individuo nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, non è una variabile dipendente dalla maggiore o minore sensibilità degli operatori, ma diviene un indicatore concreto e preciso della loro stessa professionalità e delle finalità stesse dei servizi.
Il processo di umanizzazione è un processo che coinvolge tutti, pazienti e operatori, nella tensione a riconoscere ad ognuno il diritto alla propria dignità intrinseca e alla promozione dei valori della persona.
I pazienti coinvolti nei propri piani di cura e assistenza, in un rapporto fortemente empatico e comunicativo con gli operatori sanitari collaborano più efficacemente determinando una ricaduta positiva sugli esiti di cura.
Lo sviluppo dei processi di umanizzazione deve rappresentare la missione comune, in particolar modo, per tutti coloro che ai diversi livelli programmano, pianificano, organizzano e gestiscono l'assistenza a pazienti in determinate condizioni di fragilità, quali i pazienti oncologici e i pazienti pediatrici, anche assistiti domiciliarmente, anche per dare attuazione all'Intesa Stato-Regioni sancita nella seduta del 20 dicembre 2012 (Rep. atti 259/CSR), sulla revisione dell'accreditamento.

Obiettivi e strategie

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

3) **Linea progettuale:**

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

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

Premessa

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

programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.
Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato". Le Cure Domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.
Ai fini della definizione di percorsi assistenziali è necessario distinguere le Cure Palliative Domiciliari di base dalle Cure Palliative Domiciliari specialistiche e, nell'ambito di queste ultime, i percorsi assistenziali rivolti ai malati oncologici ed ai malati non oncologici.
Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le Cure Palliative ai propri ospiti anche avvalendosi della Unità di Cure Palliative Domiciliari territorialmente competente, con le modalità indicate alla voce "Assistenza Domiciliare."
Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare palliativa nell'ambito pediatrico il pediatra di famiglia/MMG è il responsabile clinico del caso, durante la gestione domiciliare dei minori in carico per le Cure Palliative Pediatriche.
In base al programma assistenziale integrato (PAI), vengono attivate le risorse già presenti nella rete, necessarie per la presa in carico, ivi compresi le unità/servizi di base e specialistici (Unità di Cure Palliative Domiciliari ed altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari).

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

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

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

4) **Linea progettuale:**

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

L'Intesa Stato - Regioni del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni.
L' articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori.

Obiettivo prioritario: " Piano nazionale della prevenzione"

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

Aree prioritarie di intervento
Relativamente all'anno 2015, al punto 5.1 del Documento si prevede che la Regione delibera l'adozione del PRP, strutturato tenendo presente requisiti e criteri indicati ai punti 3 e 4 del Documento e corredato dal piano di monitoraggio e valutazione (punto 3.5.2 del Documento);
Pertanto, ai fini dell'attuazione di quanto previsto dal presente accordo sulle linee progettuali attuative degli obiettivi di Piano sanitario Nazionale, e tenuto conto di quanto stabilito dall'art 17 del Patto per la salute 2014-16, il processo valutativo, tiene conto di quanto previsto nel sopra citato Documento.

Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano nazionale della prevenzione"

Premessa

Il Piano nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 si inserisce in un processo già consolidato di definizione degli aspetti operativi connessi alla funzione di "supporto" al

Piano medesimo, sia dal punto di vista del livello centrale di governo sia da quello delle Regioni.
Elementi alla base di questa funzione di supporto sono:

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

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

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

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

Osservatorio Nazionale Screening (ONS): organizzazione e funzioni

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

a) supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale;
b) attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale;

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

Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

Il NIEBP ha lo scopo di mettere a punto metodologie e strumenti di intervento finalizzati a introdurre all'interno dei servizi e della comunità degli operatori di Sanità Pubblica una cultura e una pratica basata sulle prove di efficacia.
In particolare, sono identificati i seguenti compiti:
a) Sviluppare metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica.
b) Sviluppare strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc ecc) per fornire a policy-maker e operatori le prove di efficacia e di impatto relative agli interventi e programmi di prevenzione.

Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)

L'AIRTUM è nata con l'intento di coordinare le attività dei Registri tumori già presenti in Italia. Essa supporta l'attuazione della pianificazione nazionale e regionale; inoltre svolge un'attività di raccordo metodologico tra i vari registri, sostiene direttamente la ricerca e la produzione editoriale. E' collegata alle corrispondenti associazioni in altri paesi a livello europeo e mondiale.
Attualmente fanno parte del network 40 Registri Tumori (che hanno superato il processo di accreditamento tecnico-professionale all'eccellenza) appartenenti a 16 Regioni. L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) della Regione Toscana assicura il supporto amministrativo al funzionamento dell'AIRTUM, assumendone il coordinamento organizzativo.
Sulla base delle strategie di sviluppo e potenziamento messe in atto sono stati identificati i seguenti compiti:
a) Costituire una Banca Dati nazionale per calcolare i principali indicatori di frequenza dei tumori in Italia con l'apporto delle informazioni raccolte dai registri tumori accreditati.
b) Valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento).
c) Incentivare, promuovere e sostenere studi e ricerche.
d) Svolgere attività editoriali e di diffusione di pubblicazioni periodiche e librarie a carattere culturale, basate sull'uso della Banca dati nazionale.
e) Organizzare: corsi rivolti soprattutto alla formazione del personale dei Registri tumori; la raccolta di fondi e materiale per promuovere e sostenere studi e ricerche; seminari e convegni.

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

Nell'ambito del vincolo di 240 milioni di euro, le Regioni destineranno il 5 per mille delle risorse assegnate ai fini dello svolgimento delle attività dell'obiettivo prioritario "*Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione*".

5) **Linea progettuale:**

GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

Premessa

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

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

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

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

Il Disease Management (DM) permette di contestualizzare gli interventi, di individuare i target di pazienti e gli snodi critici della storia naturale di malattia.
Tiene conto dei limiti e/o delle potenzialità del sistema a livello locale e indirizza il percorso assistenziale, attraverso l'interazione fra i vari attori coinvolti, su obiettivi comuni, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità, utilizzando una progettualità concordata che superi la frammentarietà degli interventi.

Il Chronic Care Model (CCM) ha una visione più ampia del DM. Infatti il CCM pone, in un unico quadro d'insieme, tutti quei fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario

(gli assetti organizzativi, il supporto ai processi decisionali, il sistema informativo) integrati con le risorse della comunità.

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

Il CCM è basato sul principio che, nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici, è importante agire su sei fondamentali elementi:
1. le risorse della comunità, intesa come partecipazione del volontariato e della famiglia; 2. le organizzazioni sanitarie finalizzate alla gestione integrata con l'adozione di percorsi assistenziali; 3. il supporto all'autocura della persona attraverso l'educazione terapeutica; 4. l'organizzazione del team multidisciplinare e multiprofessionale 5. l'utilizzo di buone pratiche assistenziali basate sulla migliore evidenza scientifica disponibile; 6. l'utilizzo di sistemi informativi; 7. la centralità del paziente.

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

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

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

I principi della gestione integrata sono stati implementati soprattutto tramite specifici progetti regionali ed aziendali di presa in carico integrata delle malattie croniche a più alta

prevalenza ed a più alto impegno assistenziale, ma esistono ancora ampie aree del Paese in cui i nuovi modelli assistenziali non sono ancora sufficientemente sviluppati.

Aree prioritarie di intervento

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

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

Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza

Premessa

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

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

Per rispondere alla complessità dei loro bisogni, il servizio sanitario si è organizzato per offrire un'assistenza incentrata sempre più su un accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, sulla valutazione delle specifiche esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona e sulla individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente, anche tenendo conto delle condizioni socio-ambientali di provenienza.
Centrale, a tale proposito, è il momento della valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona.

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

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

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

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

con gli effettivi bisogni assistenziali dei pazienti in termini di intensità, complessità e durata.

L'introduzione della Telemedicina come modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.

Aree prioritarie di intervento

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

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

6) **Linea progettuale:**

RETI ONCOLOGICHE

Premessa

L'intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 concernente il "Documento di indirizzo per ridurre il burden del cancro" ha prorogato al 31 dicembre 2016 la validità dell'Intesa Stato regioni datata 10 febbraio 2011 - riguardante l'approvazione del Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013 - ed ha confermato il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero della Salute nella lotta contro il cancro.

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

Obiettivo prioritario: "Costituzione di reti oncologiche regionali"

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

Nell'attuare il predetto mandato, con l'Intesa 30 ottobre 2014 è stato approvato il documento " Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali"(di seguito Guida), che ha inteso assumere un'ottica allargata, rispettosa dell'autonomia organizzativa delle varie Regioni, al fine di identificare gli elementi costitutivi (obiettivi e criteri di attuazione) di una rete costo-efficace comuni a qualsivoglia modello organizzativo ritenuto dalle Regioni più idoneo al proprio contesto. Inoltre, le indicazioni di obiettivi e criteri per la creazione di reti, contenute nella Guida, siano pure differenziate nel merito dei modelli organizzativi deliberati dalle singole Regioni, intendono favorire un approccio

coerente a livello nazionale. La Guida prevede, poi, espressamente che articolazioni specifiche siano opportune per alcuni casi definiti, in particolare per la creazione di breast units e per la rete dei tumori rari.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare un progetto dettagliato nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzato ad adottare iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione; tale progetto dovrà riguardare:

- il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali di cui all'Intesa del 30 ottobre 2014.

- il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ALLEGATO B

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015

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

888.073.445 **Importo da ripartire tra le regioni**

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2015 (al 31.12.2014)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
PIEMONTE	4.424.467	4.424.467	69.273.348	**72.628.704**	8.178.232	19.627.756
VAL D'AOSTA	128.298		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	156.609.741	**164.195.362**	18.488.940	44.373.455
BOLZANO	518.518		-	-	-	-
TRENTO	537.416		-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	77.150.779	**80.887.689**	9.108.221	21.859.730
FRIULI	1.227.122		-	-		-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	24.788.959	**25.989.648**	2.926.520	7.023.648
EMILIA R.	4.450.508	4.450.508	69.681.069	**73.056.173**	8.226.366	19.743.279
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	58.754.853	**61.600.730**	6.936.445	16.647.469
UMBRIA	894.762	894.762	14.009.181	**14.687.736**	1.653.888	3.969.330
MARCHE	1.550.796	1.550.796	24.280.627	**25.456.694**	2.866.508	6.879.619
LAZIO	5.892.425	5.892.425	92.256.990	**96.725.592**	10.891.621	26.139.890
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	20.848.294	**21.858.112**	2.461.295	5.907.109
MOLISE	313.348	313.348	4.906.052	**5.143.684**	579.196	1.390.070
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	91.773.255	**96.218.427**	10.834.512	26.002.830
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	64.038.283	**67.140.070**	7.560.193	18.144.464
BASILICATA	576.619	576.619	9.028.054	**9.465.341**	1.065.829	2.557.989
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	30.947.874	**32.446.879**	3.653.626	8.768.702
SICILIA (*)	5.092.080	*5.092.080*	79.726.085	**40.572.605**	4.568.609	10.964.662
SARDEGNA	1.663.286		-	-		
TOTALE	60.795.612	56.720.972	888.073.445	**888.073.445**	100.000.000	240.000.000

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla Regione Siciliana ammonta a 39.153.480 euro, mentre la quota a carico dello Stato ammonta a 40.572.605 euro.

0003910-16/04/2018-GAB-GAB5A66-A8/09/2010-PGPRO28-MA20A

D.A. n. 1122/2017

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE
L'ASSESSORE

Modifica del decreto assessoriale n. 264/2016 del 19.02.2016 "Adozione schede progettuali relative ai Progetti Obiettivo di PSN anno 2015 di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015.

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;

VISTO il D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.;

VISTA la l.r. 14 aprile 2009, n. 5 e s.m.i;

VISTO il Piano Sanitario Regionale 2011-2013, approvato con Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011;

VISTO il Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni in materia di armonizzazione degli schemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", ed in particolare l'art. 20 sulla perimetrazione entrate e uscite relative al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;

VISTO il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2016/2018;

VISTO il Patto della Salute 2014-2016, approvato con Intesa Stato-Regioni rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni rep. atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015, con il quale sono individuate le risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario 2015 e si definiscono nell'Allegato A le linee progettuali per l'utilizzo delle somme assegnate a ciascuna Regione;

VISTO il D.A. n. 264 del 19.02.2016 con il quale sono state adottate le schede progettuali regionali relative alle Linee previste dal predetto Accordo Stato-Regioni rep. atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015

VISTA la nota prot. n. 46547 del 6/6/2017 con la quale si dà atto delle risultanze dell'istruttoria volta a definire gli interventi attuativi delle predette schede progettuali ed a individuare le Aziende Sanitarie della Regione e/o gli Enti Attuatori destinatari della quota del 70% delle

risorse necessarie per lo svolgimento delle attività necessario sviluppare specifici progetti per ciascuna linea progettuale, al fine di orientare le attività del Sistema Sanitario Regionale in coerenza con le aree di intervento previste nel predetto Accordo Stato-Regioni rep. atti n.234/CSR del 23 dicembre 2015, da realizzare mediante specifiche azioni delle Aziende Sanitarie da sottoporre alla valutazione ed approvazione delle competenti Aree e Servizi dell'Assessorato Regionale Salute;

RITENUTO di condividere gli esiti della predetta istruttoria e per l'effetto di procedere alla modifica del D.A. n. 264 del 19.2.2016, al fine di allineare gli importi indicati nel prospetto allo stesso allegato, in via presuntiva e per ciascuna linea progettuale, a quelli risultanti dagli interventi selezionati;

DECRETA

ART.1 Per quanto sopra esposto, che qui si intende integralmente riportato, è disposta la modifica del decreto assessoriale n. 264/2016 del 19.02.2016 "Adozione schede progettuali relative ai Progetti Obiettivo di PSN anno 2015 di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015 e per l'effetto il prospetto allo stesso allegato è sostituito con quello allegato al presente decreto che ne costituisce parte integrante.

ART. 2 E' disposta la trasmissione del presente provvedimento, unitamente agli allegati, al Ministero della Salute per la successiva approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015.

Palermo, 6/6/2017

L'Assessore
On.le Baldassare Gucciardi

Allegato al D.A. 1122 del 6 giugno 2017

Linea Progettuale PSN 2015 Intesa Stato Regioni del 23.12.2015 – CSR/234	Titolo del Progetto	Importo (in euro)	Referente Assessoriale
1) Attività di assistenza primaria	Implementazione del processo di riorganizzazione della rete dei servizi di assistenza territoriale	1.500.000	Servizio 6 DPS Servizio 8 DPS
2) Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Sviluppo dei processi di umanizzazione delle cure attraverso il cambiamento organizzativo in alcuni settori assistenziali	4.000.000	Servizio 8 DASOE Servizio 6 DASOE Servizio 2 DASOE
3) Cure palliative e terapie del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Realizzazione delle reti locali di cure palliative e potenziamento delle cure domiciliari di base e specialistiche	4.568,609	Servizio 1 DASOE
4) Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Sostegno operativo alle azioni del Piano Regionale della Prevenzione	10.964.662	Servizio 4 Servizio 5 Servizio 7 Servizio 7 Servizio 10 U.O.B. 9.2 DASOE
5) Gestione della cronicità	Cronicità, fragilità e non autosufficienza: Implementazione dei percorsi assistenziali regionali per la rete dei servizi integrati "ospedale territorio" e di continuità delle cure	9.500.000	Servizio 4 Servizio 8 DPS Servizio 11 DASOE
6) Reti oncologiche	Sviluppo della Rete Oncologica della Sicilia Re:O.S.	10.039.334	Servizio 4 DPS

L'ASSESSORE

D.A. n. 264/2016

REPUBBLICA ITALIANA
REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE
L'ASSESSORE

Adozione schede progettuali relative ai Progetti Obiettivo di PSN anno 2015 di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015.

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;

VISTO il D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e s.m.i.;

VISTA la l.r. 14 aprile 2009, n. 5 e s.m.i;

VISTO il Piano Sanitario Regionale 2011-2013, approvato con Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011;

VISTO il Titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni in materia di armonizzazione degli schemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", ed in particolare l'art. 20 sulla perimetrazione entrate e uscite relative al finanziamento del Servizio Sanitario Regionale;

VISTO il Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del Sistema Sanitario Regionale per il triennio 2013/2015, redatto in prosecuzione del Programma Operativo Regionale 2010/2012, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 95/2012, convertito con Legge n. 135/2012, approvato con Decreti Assessoriali n. 476 del 26/03/2014 e n. 678 del 23/04/2014;

VISTO il Patto della Salute 2014-2016, approvato con Intesa Stato-Regioni rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

VISTO l'Accordo Stato-Regioni rep. atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015, con il quale sono individuate le risorse vincolate per la realizzazione degli Obiettivi di Piano sanitario 2015 e si definiscono nell'Allegato A le linee progettuali per l'utilizzo delle somme assegnate a ciascuna Regione;

PRESO ATTO che il predetto Accordo dispone che per l'anno 2015 debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 e che per ciascuna linea progettuale ogni Regione potrà presentare un unico specifico progetto;

PRESO ATTO dell'Intesa rep n. 236/CSR del 23/12/2015 relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015;

VISTO il D.D.S. n. 2386 del 28.12.2015 con il quale, a seguito dell'Intesa rep n. 236/CSR del 23 dicembre 2015 è stata, altresì, impegnata, ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n.118/2011 e s.m.i., la somma di euro 40.572.605,00 sul capitolo 413322 "Spese per il perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati da Piano Sanitario Nazionale", Rubrica – Dipartimento Pianificazione Strategica - del Bilancio di previsione della Regione per l'anno 2015;

RITENUTO necessario sviluppare specifici progetti per ciascuna linea progettuale, al fine di orientare le attività del Sistema Sanitario Regionale in coerenza con le aree di intervento previste nel predetto Accordo Stato-Regioni rep. atti n.234/CSR del 23 dicembre 2015, da realizzare mediante specifiche azioni delle Aziende Sanitarie da sottoporre alla valutazione ed approvazione delle competenti Aree e Servizi dell'Assessorato Regionale Salute;

VISTO l'art. 68 della l.r. n. 21/2014 e successive modifiche ed integrazioni;

D E C R E T A

ART. 1 Per quanto sopra esposto, che qui si intende integralmente riportato, è disposta l'adozione di n. 6 schede relative alle linee progettuali come previste dall'Accordo Stato-Regioni rep. atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015, allegate e parte integrante del presente decreto.

ART. 2 Come da Intesa ministeriale rep. n. 236/CSR del 23 dicembre 2015 è determinato in euro 40.572.605,00 l'importo complessivo delle risorse assegnate alla Sicilia per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, ripartito come da prospetto allegato, nel quale è altresì indicata, per ogni linea progettuale, la struttura intermedia referente presso questo Assessorato.

ART. 3 Con successivo provvedimento saranno individuate le Aziende Sanitarie della Regione e/o gli Enti attuatori destinatari della quota del 70% di risorse necessarie allo svolgimento delle rispettive Linee Progettuali che verranno loro affidate secondo le modalità previste nell'Intesa rep. Atti n. 236/CSR del 23 dicembre 2015.

ART. 4 E' disposta la trasmissione del presente provvedimento, unitamente agli allegati, al Ministero della Salute per la successiva approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015.

ART. 5 Con successivo provvedimento, ad integrazione del presente decreto, si procederà all'approvazione della relazione sui risultati raggiunti per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di Piano sanitario nazionale anno 2014 e degli stati di avanzamento dei progetti pluriennali, i cui esiti in merito allo stato di attuazione da parte dai soggetti attuatori, sono in corso di acquisizione da parte dei Dirigenti assessoriali referenti di ciascuna linea progettuale, per la prevista convalida.

Ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line il provvedimento è trasmesso al Responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti sul sito istituzionale.

Palermo, 19/02/2016

Il Dirigente dell'A.I. 2
(D.ssa Tatiana Agelao)

Il Dirigente del Servizio 5
(D.ssa Patrizia Schilardo)

Il Dirigente Generale
Dott. Gaetano Chiaro

L'Assessore
On.le Baldassare Gucciardi

Allegato al D.A. 264 del 19 febbraio 2016

Linea Progettuale PSN 2015 Intesa Stato Regioni del 23.12.2015 – CSR/234	Titolo del Progetto	Importo (in euro)	Referente Assessoriale
1) Attività di assistenza primaria	Implementazione del processo di riorganizzazione della rete dei servizi di assistenza territoriale	1.500.000	Servizio 6 DPS Servizio 8 DPS
2) Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Sviluppo dei processi di umanizzazione delle cure attraverso il cambiamento organizzativo in alcuni settori assistenziali	4.000.000	Servizio 8 DASOE Servizio 6 DASOE Servizio 2 DASOE
3) Cure palliative e terapie del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Realizzazione delle reti locali di cure palliative e potenziamento delle cure domiciliari di base e specialistiche	4.568.609	Servizio 1 DASOE
4) Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Sostegno operativo alle azioni del Piano Regionale della Prevenzione	10.964.662	Servizio 4 Servizio 5 Servizio 7 Servizio 7 Servizio 10 U.O.B. 9.2 DASOE
5) Gestione della cronicità	Cronicità, fragilità e non autosufficienza: Implementazione dei percorsi assistenziali regionali per la rete dei servizi integrati "ospedale territorio" e di continuità delle cure	10.000.000	Servizio 4 Servizio 8 DPS Servizio 11 DASOE
6) Reti oncologiche	Sviluppo della Rete Oncologica della Sicilia Re.O.S.	9.539.334	Servizio 4 DPS

Proposta del Ministro della Salute di ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate, ai sensi dell' art. 1, comma 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, per l'anno 2015, dei progetti delle Regioni: Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia.

ELENCO ALLEGATI

1. Accordo Stato Regioni 23 Dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234-CSR del 23.12.2015);
2. Intesa Stato Regioni 23 Dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236 CSR);
3. Nota Chiarimenti DGPROGS 4969 del 12.2.2016 Accordo Obiettivi di Piano 2015;
4. Trasmissione Documento di valutazione del Comitato Lea riunione del 28.2.2018. Regioni: Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia con allegati A (tabella di riparto Intesa 2015) e B (scheda riassuntiva distribuzione risorse vincolate);
5. Documento di valutazione Comitato Lea riunione del 28.2.2018. Regioni: Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia con allegati A (tabella di riparto Intesa 2015) e B (scheda riassuntiva distribuzione risorse vincolate);
6. Regione Molise trasmissione DCA n. 13-2016;
7. Regione Molise DCA n. 13-2016;
8. Regione Molise DCA n. 13-2016 all. A schema risorse;
9. Regione Molise nota di precisazioni (DGPROGS 27682-2017);
10. Regione Piemonte trasmissione DGR n. 117-6309 del 22.12.2017;
11. Regione Piemonte DGR n. 117-6309 del 2017;
12. Regione Piemonte trasmissione DGR n. 22-4797 del 2017;
13. Regione Piemonte DGR n. 22-4797 del 2017;
14. Regione Puglia trasmissione DGR n. 188 del 20.2.2018;
15. Regione Puglia DGR n. 188 del 20.2.2018;
16. Regione Sicilia trasmissione D.A. n. 264-2016 (flusso Siveas);
17. Regione Sicilia D.A. n. 264-2016 (flusso Siveas);
18. Regione Sicilia allegato a D.A. n. 264-2016 -schema risorse- (flusso Siveas);
19. Regione Sicilia D.A. n. 1122-2017 di modifica D.A. n. 264/2016 (risorse);
20. Regione Sicilia D.A. n. 264-2016 allegato al D.A. n. 1122-2017
21. Regione Sicilia D.A. n. 1122-2017 con all al D.A. 264-16 (risorse):
22. Elenco allegati.

0003911-16/04/2018-GAB8GAB9A3-0A708@2006VDGBR8G8-MAG2A

REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE
Dipartimento Tutela della Salute Politiche Sanitarie
Direzione Generale

Catanzaro 05-07-2016
Prot. n. 215223/SIAR

Referente di quanto comunicato:
Dott.ssa Caterina Azzarito
tel. 0961 856531 e-mail: c.azzarito@regcal.it

Ministero della Salute
Direzione Generale della programmazione sanitaria
Ufficio V DGPROG
Via G. Ribotta, 5
00144 ROMA

OGGETTO: Accordo Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n.234/CSR) - Obiettivi PSN anno 2015 - Trasmissione atti.

In riferimento agli adempimenti previsti dall'Accordo Stato/Regioni in oggetto, si trasmette, per la competente valutazione, il Decreto del Commissario ad Acta n. 60 del 28 giugno 2016 e relativi allegati, avente per oggetto :*"Obiettivi P.S.N. - Accordo Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n.234/CSR) - Intesa Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n.236/CSR) - Approvazione linee progettuali anno 2015"*, con il quale, tra l'altro, si approvano i progetti inerenti le linee progettuali di cui all'allegato A dell'Accordo in oggetto e si stabilisce che saranno completate, migliorate e potenziate le attività relative ai progetti avviati nel 2013, proseguite nel 2014 e nel 2015, garantendo la coerenza con il P.O. 2016-2018, in corso di approvazione, ai sensi dell'art. 1, comma 7, nuovo patto per la salute (Intesa Stato/Regioni del 3 dicembre 2009, rep. Atti n. 243/CSR) e dell'art. 1, comma 5, in continuità con il precedente patto (Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 rep. Atti n. 82 CSR) .

Ad ogni buon fine si fa presente che la documentazione allegata alla presente viene trasmessa al SIVEAS per le finalità previste dal Piano di rientro.

Il Dirigente del Settore
Dott.ssa Francesca Fratto

IL DIRIGENTE GENERALE
Prof. Riccardo Fatarella

REGIONE CALABRIA

Proposta di D.C.A. n. 40 **del** 26-05-2016

Registro proposte del Dipartimento tutela della salute

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA
(per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 30 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

DCA n. 60 **del** 28 GIU. 2016

OGGETTO: Obiettivi P.S.N. - Accordo Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n.234/CSR) - Intesa Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) - Approvazione linee progettuali anno 2015.

Il Dirigente di Settore
Dr. Giacomino Brancati

Il Dirigente Generale
Prof. Riccardo Fatarella

Pubblicato sul Bollettino Ufficiale
della Regione Calabria n. _____ del _____

REGIONE CALABRIA

DCA n. 60 del 28 GIU. 2016

OGGETTO: Obiettivi P:S.N. - Accordo Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n.234/CSR) - Intesa Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) - Approvazione linee progettuali anno 2015.

Il Commissario ad Acta

(per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'art.2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191, nominato con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015)

VISTO l'articolo 120 della Costituzione;
VISTO l'articolo 8, comma 1, della legge 5 Giugno 2003, n.131;
VISTO l'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1° Ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 Novembre 2007, n. 222;
VISTO l'Accordo sul Piano di rientro della Regione Calabria, firmato tra il Ministro della salute, il Ministro dell'Economia e delle finanze e il Presidente *pro tempore* della regione in data 17 dicembre 2009, poi recepito con DGR N. 97 del 12 febbraio 2010;
RICHIAMATA la Deliberazione del 30 Luglio 2010, con la quale, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Presidente *pro tempore* della Giunta della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario di detta Regione e sono stati contestualmente indicati gli interventi prioritari da realizzare;
RILEVATO che il sopra citato articolo 4, comma 2, del decreto legge n. 159/2007, al fine di assicurare la puntuale attuazione del Piano di rientro, attribuisce al Consiglio dei Ministri – su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni - la facoltà di nominare, anche dopo l'inizio della gestione commissariale, uno o più sub commissari di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;
VISTO l'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il quale dispone che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della predetta legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale.
VISTI gli esiti delle riunioni di verifica dell'attuazione del Piano di rientro, da ultimo della riunione del 28 ottobre e del 12 novembre 2014 con particolare riferimento all'adozione dei Programmi operativi 2013-2015;
VISTO il Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) ed, in particolare l'articolo 12 di detta Intesa;
VISTA la legge 23 dicembre 2014, n. 190 (in particolare, l'articolo 1, commi da 569 a 572) che recepisce quanto disposto dal Patto per la salute 2014-2015 di cui alla citata Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (Rep. n. 82/CSR) statuendo che la nomina a Commissario *ad acta* per cui è deliberazione è incompatibile con qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento;
VISTA la nota prot. n.298/UCL397 del 20 marzo 2015 con la quale il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha trasmesso alla Regione Calabria la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 12.3.2015 con la quale è stato nominato l'Ing. Massimo Scura quale Commissario *ad acta* per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, secondo i Programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni;
VISTA la medesima Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 12.3.2015 con la quale è stato

nominato il Dott. Andrea Urbani sub Commissario unico nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della regione Calabria con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale;

RILEVATO che con la anzidetta Deliberazione è stato assegnato al Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro l'incarico prioritario di adottare e ed attuare i Programmi operativi e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente, con particolare riferimento alle seguenti azioni ed interventi prioritari:

1. adozione del provvedimento di riassetto della rete ospedaliera, coerentemente con il Regolamento sugli standard ospedalieri di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 e con i pareri resi dai Ministeri affiancanti, nonché con le indicazioni formulate dai Tavoli tecnici di verifica;
2. monitoraggio delle procedure per la realizzazione dei nuovi Ospedali secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria regionale;
3. adozione del provvedimento di riassetto della rete dell'emergenza urgenza secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
4. adozione del provvedimento di riassetto della rete di assistenza territoriale, in coerenza con quanto specificatamente previsto dal Patto per la salute 2014-2016;
5. razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale;
6. razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi;
7. interventi sulla spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera al fine di garantire il rispetto dei vigenti tetti di spesa previsti dalla normativa nazionale;
8. definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati e dei tetti di spesa delle relative prestazioni, con l'attivazione, in caso di mancata stipulazione del contratto, di quanto prescritto dall'articolo *8-quinquies* comma *2-quinquies*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ridefinizione delle tariffe delle prestazioni sanitarie, nel rispetto di quanto disposto dall'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012;
9. completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale;
10. attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni e accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale;
11. interventi sulla spesa relativa alla medicina di base;
12. adozione dei provvedimenti necessari alla regolarizzazione degli interventi di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti;
13. rimozione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, dei provvedimenti, anche legislativi, adottati dagli organi regionali e i provvedimenti aziendali che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro e dei successivi Programmi operativi, nonché in contrasto con la normativa vigente e con i pareri e le valutazioni espressi dai Tavoli tecnici di verifica e dai Ministeri affiancanti;
14. tempestivo trasferimento delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale;
15. conclusione della procedura di regolarizzazione delle poste debitorie relative all'ASP di Reggio Calabria;
16. puntuale riconduzione dei tempi di pagamento dei fornitori ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011, recepita con decreto legislativo n. 192 del 2012;

PREMESSO CHE:

- l'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis, della stessa legge;
- l'Accordo tra Stato/Regioni e Province Autonome del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n.234/CSR), definisce le linee progettuali con cui proseguire gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui sopra e si stabilisce, inoltre, che per l'anno 2015, fermo restando il completamento dei progetti già finanziati con le risorse del 2014, è necessario un approccio lungo le linee progettuali di cui all'allegato A) del medesimo Accordo;
- le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province Autonome delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di

carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015, di cui al citato allegato A) dell' Accordo n.126/2015, sono quelle di seguito elencate:

1. *Attività di assistenza primaria*
2. *Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali*
3. *Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica*
4. *Piano Nazionale Prevenzione*
5. *Gestione della cronicità*
6. *Reti oncologiche*

- l'Intesa Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015 quantificandole per la Regione Calabria in complessivi € 32.446.879,00;
- le risorse assegnate alle Regioni con la su citata Intesa vengono trasferite alle stesse nella misura del 70%, subordinando tale quota alla presentazione di specifici progetti per ciascun linea e, solo a seguito all'approvazione degli stessi da parte della Conferenza Stato Regioni e Province Autonome potrà essere erogato il 30% residuo;
- la mancata presentazione ed approvazione dei progetti di cui al citato Accordo comporta nell'anno di riferimento la mancata erogazione del 30% ed il recupero dell'anticipazione del 70% già erogato, a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo;

CONSIDERATO che:

- già l'Intesa Stato Regioni del 3 dicembre 2009 (rep. N.243/CSR), concernente il nuovo patto per la salute 2010/2012, all'art. 1, comma 7, stabilisce che *"le risorse di cui all'art. 1, comma 34 della legge 662/1996 non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Per le regioni interessate ai piani di rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani"*;
- l'Intesa Stato Regioni del 10 luglio 2014 (rep. N.82/CSR), concernente il nuovo patto per la salute 2014/2016, all'art. 1, comma 5, in continuità con il precedente Patto, stabilisce, tra l'altro, che: *"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"*;

PRESO ATTO che:

- con DCA n.67 del 29 giugno 2015 recante "Programma Operativo 2013-2015. Programma 7 – Azione 7.2.2 - Obiettivi P.S.N. - Approvazione linee progettuali anno 2013 (Accordo Stato-Regioni 20 febbraio 2014 rep. atti n. 13/CSR e Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014 rep. atti n. 27/CSR) – linee programmatiche 2014-2015", venivano recepiti l'Intesa del 20 febbraio 2014 (repertorio atti n. 27/CSR) e l'Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 20 febbraio 2014 (repertorio atti n. 13/CSR), approvando nel contempo i progetti allegati e venivano, tra l'altro, *"assegnate e ripartite alle aziende del SSR, provvisoriamente per l'annualità 2015, le stesse risorse di cui all'annualità 2014, facendo riserva di adeguamento successivo all'atto dell'assegnazione definitiva da parte dello Stato"* e si stabiliva che *" è necessario, altresì, riservarsi l'adeguamento delle attività inerenti le linee progettuali alla luce dei futuri Accordi in materia per l'anno 2014 e 2015, ferma restando sin da ora la necessità di garantire comunque la coerenza con P.O. 2013-2015" approvato con DCA n.14 del 2 aprile 2015;*
- con DCA n. 90 del 21 agosto 2015 sono state effettuate le modifiche ed integrazioni, relative alla parte finanziaria dei singoli progetti, a seguito dei chiarimenti richiesti con nota n. 0022414-P-03/08/2015 dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria con la quale si eccepiva che *"pur essendo rispettato l'impegno complessivo della somma assegnata alla Regione, non risultano rispettati i vincoli definiti, per la realizzazione di ciascuna linea progettuale, nell'Intesa*

e nella successiva integrazione inoltrata a tutte le Regioni con nota n. 8895 del 28 marzo 2014", confermando quant'altro stabilito con il DCA n. 67 del 29 giugno 2015;

- con nota n. 20421 del 22 gennaio 2015, congiuntamente sottoscritta da parte delle competenti strutture del Dipartimento Tutela della Salute e della Struttura Commissariale nella sua interezza venivano ribadite, tra l'altro, le linee progettuali e le corrispondenti azioni/attività in essere per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013, trasmettendo nel contempo alle aziende sanitarie ed ospedaliere le relative *"tabelle di corrispondenza/equivalenza tra le linee progettuali individuate nell'Accordo Stato- Regioni e le attività/interventi/azioni presenti nel Piano Operativo, cui riferire i costi sostenuti nelle annualità in esame (2013-2014-2015)"*;

DATO ATTO che:

- alla luce di tutto quanto sopra considerato e per le motivazioni sopra espresse, le schede di cui all'allegato 1) sviluppano le linee progettuali di cui all'Accordo del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) in stretta coerenza con gli obiettivi previsti nel il Programma Operativo 2013-2015 approvato con DCA n.14 del 2 aprile 2015;
- in ciascuna scheda progettuale viene data evidenza di quanto espresso al capoverso precedente anche in termini di obiettivi, azioni e risultati attesi;
- in ciascuna scheda progettuale viene data evidenza, altresì, delle risorse assegnate a ciascuna azienda sanitaria ed ospedaliera per lo sviluppo della linee progettuale nel triennio 2013-2015;
- fermi restando i contenuti di ciascuna scheda per l'annualità 2015, in coerenza con il Programma Operativo 2013-2015 di cui al DCA n.14 del 2 aprile 2015, le attività progettuali sono in stretta correlazione operativa con le azioni di cui al piano di rientro in tutte le aziende sanitarie ed ospedaliere nel triennio di validità del P.O. 2013-2015 medesimo;
- con DCA 67/15 sono state assegnate e ripartite alle aziende del SSR, provvisoriamente per l'annualità 2014 e 2015, le stesse risorse di cui all'annualità 2013, facendo riserva di adeguamento successivo all'atto dell'assegnazione definitiva da parte dello Stato;

RITENUTO necessario, alla luce di quanto sopra, di dover :

1. procedere all'approvazione delle linee progettuali anno 2015, rimodulando la parte finanziaria delle schede progettuali con le somme di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) e con l'adeguamento dei singoli progetti alle linee progettuali previste nell'allegato A dell'Accordo Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), per come riportate nell'allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. definire i criteri di ripartizione delle risorse finanziarie, in coerenza con i vincoli assegnati dell'Accordo su richiamato e dell'assetto organizzativo del SSR determinato dal Piano Operativo 2013-2015, per come specificato nell'allegato 2) *"Tabella di equivalenza e di riparto somme assegnate alle* aziende sanitarie ed ospedaliere", parte integrante e sostanziale del presente atto;

PRESO ATTO che:

- le linee progettuali dell'anno 2015 hanno valenza triennale, in continuità con le attività del 2013 e del 2014 in quanto compatibili, la cui verifica di attuazione è annuale e contestuale con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2013-2015, di cui al DCA n. 14 del 2.4.2015;
- nella relazione sugli obiettivi raggiunti al termine del programma operativo 2013–2015, sono integrati i risultati delle linee progettuali relative agli anni 2013-2015, come riportato nell'allegato 3) parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO:

- di stabilire l'obbligo di rendicontazione sulle attività progettuali da parte degli organi preposti alle Direzioni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, secondo le rispettive competenze, ritenendo l'adempimento di tale obbligo presupposto necessario ai fini della positiva valutazione dei direttori generali e dei dirigenti preposti alle UU.OO. interessate alla realizzazione dei progetti secondo quanto già indicato dal DCA n. 67/2015;

- di precisare in merito all'eventuale utilizzo di risorse per la remunerazione di prestazioni accessorie del personale sanitario che, in coerenza con il parere ARAN E 231217/2015 reso alla struttura commissariale, "*attualmente nessuna disposizione dei CCNL di comparto o area dirigenziale ... prevede che i fondi aziendali destinati alla remunerazione dell'accessorio per il personale del SSN possano essere finanziati con le risorse di cui all'art. 1, comma 34 bis, della legge 662/1996 che, in quanto extra-contrattuali, sono da considerarsi ascrivibili esclusivamente al bilancio e non soggette alla contrattazione collettiva integrativa*"

RITENUTO di stabilire, inoltre, che il trasferimento delle risorse assegnate avverrà nella misura del 70% dell'importo previsto dai singoli progetti, previa approvazione degli stessi da parte della Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome, ed il restante 30% a rendicontazione finale, facendo obbligo alle Aziende titolari di garantire la continuità delle attività pena recupero dell'anticipazione del 70% già erogato, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo;

TENUTO CONTO CHE l'Accordo Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 stabilisce che l'erogazione del 30% è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministero della Salute, dei progetti presentati dalle regioni;
VISTO il D.Lgs. 502/1992;
VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662;
VISTA l'istruttoria compiuta dal Dirigente di Servizio/Settore quale Responsabile del Procedimento ai sensi della L.R. 9/2001;

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

DI RECEPIRE l'Intesa del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 236/CSR) che ha sancito l'assegnazione delle risorse vincolate alle Regioni ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015 quantificandole per la Regione Calabria in complessivi € 32.446.879,00;

DI RECEPIRE l'Accordo tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR);

DI APPROVARE i progetti di cui all'allegato 1), parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI DARE ATTO che le linee progettuali dell'anno 2015 sono in continuità con le attività del 2013 e 2014 in quanto compatibili, la cui verifica di attuazione è annuale e contestuale con la valutazione dello stato di attuazione del P.O. 2013-2015, di cui al DCA n. 14 del 2.4.2015;

DI DETERMINARE le quote di ripartizione alle aziende sanitarie ed ospedaliere destinate a progetti specifici per le linee progettuali per come indicato nell'allegato 2), parte integrante e sostanziale del presente atto, così riformando quanto stabilito con il DCA n. 67 del 29 giugno 2015 in merito alle assegnazioni 2015;

DI DARE ATTO che le somme assegnate con il presente atto sono vincolate all'esecuzione da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere assegnatarie delle attività previste per ciascuna linea progettuale, in coerenza con il Programma Operativo 2013-2015 approvato con DCA n.14 del 2 aprile 2015;

DI DARE OBBLIGO agli organi preposti alle Direzioni delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di rendicontare sull'andamento delle attività progettuali affidate secondo quanto stabilito dall'Accordo Stato/Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR) ed i criteri sopra definiti;

DI STABILIRE che, per le attività progettuali in prosecuzione o consolidamento di annualità precedenti, dovrà essere prodotta, altresì, la rendicontazione corrispondente distinta per ciascuna annualità precedente;

DI STABILIRE che la rendicontazione delle attività progettuali è presupposto necessario ai fini della positiva valutazione dei direttori generali e dei dirigenti preposti alle UU.OO. interessate alla realizzazione dei progetti;

DI STABILIRE, altresì, che il trasferimento delle risorse assegnate avverrà nella misura del 70% dell'importo previsto dai singoli progetti previa approvazione degli stessi da parte della Conferenza tra Stato Regioni e Province Autonome ed il restante 30% a rendicontazione finale, con modalità espresse in premessa;

DI TRASMETTERE il presente atto al Ministero della Salute, per i successivi adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni 23 dicembre 2015 (repertorio atti n. 234/ CSR);

DI TRASMETTERE il presente decreto, ai sensi dell'art. 3 comma 1 dell' Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;

DI DARE MANDATO alla Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute ed agli interessati;

DI DARE MANDATO al Dirigente Generale per la pubblicazione sul BURC telematico e sul sito web del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria.

Il Sub Commissario
Dott. Andrea Urbani

Il Commissario ad acta
Ing. Massimo Scura

0003911-16/04/2018-GAB-GAB-A - Allegato Utente 4 (A04)

Obiettivi P.S.N. 2015- Accordo Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. Atti n.234/CSR) - assegnazione risorse linee progettuali

Allegato Utente 2 (A02)

Linea progettuale	Titolo progetto	Importo 2015
1. Attività di assistenza primaria	Riequilibrio Ospedale – Territorio: consolidamento della rete dell'assistenza primaria.	4.976.320,29
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Umanizzazione delle cure nella Regione Calabria	4.738.710,12
	Riorganizzazione del percorso nascita integrazione ospedale-territorio	
	Sicurezza e rischio clinico	
	Implementazione della "carta etica" degli operatori sanitari	
3.Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Riorganizzazione della rete regionale di cure palliative e terapia del dolore	3.653.626,00
4. Piano Nazionale Prevenzione	Medicina d'iniziativa per una sanità più equa	8.768.702,00
	Prevenzione delle infezioni da HPV attraverso la vaccinazione	
	Implementazione rete oncologica per la diagnosi precoce dei tumori maschili	
	Piano Regionale della Prevenzione	
	Sicurezza in edilizia ed agricoltura e prevenzione delle malattie professionali	
5. Gestione della cronocità	Modalità organizzative del lavoro in rete per la gestione delle patologie croniche.	8.500.376,44
	Definizione modello di offerta delle prestazioni riabilitative : istituzione rete riabilitativa.	
	Messa a regime del servizio di assistenza domiciliare di pazienti in stato vegetativo (SV) e stato di minima coscienza (SMC)	
	La presa in carico fragili	
	Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle pazienti con endometriosi infiltrante	
	Percosi clinico-assistenziale integrati per minori con patologie neuropsichiche , neurologiche, psichiatriche, neuropsicologiche e del neuro sviluppo	
	Miglioramento del trattamento dei disturbi borderline di personalità	
6. Reti oncologiche	Creazione di una Rete Calabrese dei Tumori Rari da integrare con la Rete Nazionale per I Tumori Rari	1.809.144,15
	Realizzazione di una rete regionale interdisciplinare per l'attuazione di percorsi diagnostico-terapeutici finalizzati alla preservazione della fertilità in giovani affetti da patologia neoplastica e al successivo supporto alla procreazione dei soggetti guariti.	
	TOTALE	32.446.879,00

0003911-16/04/2018-GAB-GAB-A - Allegato Utente 5 (A06)

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 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e *34bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015.

Rep. Atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015

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

Nella odierna seduta del 22 dicembre 2015:

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

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

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

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

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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla

realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2014 sancita da questa Conferenza il 4 dicembre 2014 (Rep. Atti n. 172/CSR);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014, sancito da questa Conferenza nella seduta del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014;

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

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

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

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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute

concernente il "Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018" (Rep. 15/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 Treno e Bolzano, concernente il" Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione" (Rep. Atti n. 56/CSR del 25 marzo 2015);

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

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

VISTA la nota del Ministero della salute del 22 dicembre 2015, con la quale è stata trasmessa la proposta di accordo indicata in oggetto, diramata da questo Ufficio di Segreteria in pari data;

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

PREMESSO CHE :

- occorre fare riferimento al Piano Sanitario Nazionale (PSN) relativo al triennio 2006-2008, approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006;
- il PSN 2006-2008 nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto. Rep. 2271/2005), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità e le disomogeneità territoriali, impegna Stato e Regioni nell'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, al fine di garantire uniformità dell'assistenza. Tali strategie possono declinarsi, tramite l'adozione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la

promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;

- il Patto per la salute, per gli anni 2014-2016, sottolinea esplicitamente la necessità di una rivisitazione a tutti i livelli dell'intero sistema della salute, sia sotto il profilo organizzativo che sotto quello gestionale, con il chiaro obiettivo di aumentarne l'efficienza e l'efficacia, al fine di assicurare la soddisfazione del bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e l'appropriatezza delle stesse, riguardo alle specifiche esigenze, in modo da creare ulteriori spazi economici da utilizzare per i necessari investimenti;

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. per l'anno 2015, debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014 (Accordo Stato-Regioni del 30 Luglio 2015);

2. per l'anno 2015, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati **A** e **B** del presente Accordo, di cui ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

3. a seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 23 dicembre 2015 (Rep. n. 236/CSR..), in applicazione dell'articolo 1, comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-*bis*, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n.64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse;

4. al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento, le Regioni dovranno presentare con Delibera di Giunta regionale o atto equivalente, al Ministero della salute, entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, specifici progetti, esclusivamente nell'ambito degli indirizzi individuati nel presente accordo;

5. nella delibera o atto equivalente dovrà essere necessariamente contenuta, anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, relativamente all'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali nonché, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità (allegato A parte II Accordo rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012), una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni in caso di progetti pluriennali ;

6. per ciascuna linea progettuale indicata dal presente accordo per l'anno 2015, le Regioni potranno presentare un unico specifico progetto, in conformità delle stesse linee

progettuali individuate per l'anno 2015, di cui all'allegato A del presente accordo. Tale progetto dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:

a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
c) i costi connessi;
d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;

7. le Regioni sono tenute:
   a) a presentare almeno un progetto per le linee progettuali con risorse destinate;
   b) a presentare solo un progetto nelle linee con risorse non vincolate, libere di presentare o meno un progetto su tutte le linee con risorse non vincolate;

8. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 della citata intesa del 23 marzo 2005;

9. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4. ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
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 2015

1) Linea progettuale:

1. ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA

Il sistema di welfare italiano si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità, legati in gran parte, da un lato alla crisi economica e alla riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali, e dall'altro alle profonde trasformazioni demografiche e sociali, caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione, dai mutamenti della struttura delle famiglie nonché dalla dinamica migratoria che, seppure attenuata dalla crisi continua a risultare, come avviene da oltre un ventennio, positiva. In tale scenario per sviluppare un servizio sanitario sostenibile, diviene necessario aggiornare e potenziare il modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario in modo da renderlo più vicino alle persone e ai nuovi bisogni di salute che esse esprimono. In particolare, in quest'ultimo decennio le scelte di politica sanitaria sono state orientate alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali attraverso l'individuazione di modelli organizzativi basati sull'integrazione professionale e la partecipazione di pazienti e famiglie che ha visto da un lato il cambiamento del ruolo dell'ospedale, divenuto sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute e dall'altro il potenziamento del sistema delle Cure Primarie che rappresenta l'interfaccia tra la popolazione e il SSN.
In tale processo di profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale, il Medico di Medicina Generale (MMG) ed il Pediatra di Libera Scelta (PLS) rivestono un ruolo centrale e attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio consentono lo sviluppo di forme assistenziali in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Ciò consente, inoltre, la messa a punto di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e i cittadini che divengono pertanto soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, favorendo il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute e alla responsabilizzazione delle persone nel proprio percorso di cura.
La recente normativa (d. l. 158/12 convertito con modificazioni dalla legge 189/2012 – c.d. decreto Balduzzi) ha rappresentato, a tale proposito, un ulteriore balzo in avanti prevedendo di accelerare il percorso di attivazione di forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) e multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP) nell'ottica di una più stretta complementarietà con le strutture ospedaliere, con i distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali. Ciò al fine di garantire la presa in carico globale della persona all'interno di

percorsi diagnostico-assistenziali predefiniti e su indicatori di processo che consentano la valutazione dei relativi esiti.
Un ulteriore impulso in tal senso è stato altresì fornito anche dal recente Patto per la Salute (rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014) il cui obiettivo è rendere il sistema sanitario sostenibile di fronte alle nuove sfide tra le quali l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata

Aree prioritarie di intervento

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

a) attivazione/implementazione di forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (c. 2, art. 1, legge n.189/2012) per l'erogazione delle Cure Primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello tipo coerente con i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.
Gli obiettivi fondamentali delle UCCP e delle AFT sono:
- Assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto);
- Garantire la continuità delle cure mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- Garantire la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana (H 24), avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina Generale;
- Garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) con particolare riferimento alla gestione integrata della cronicità, sia attraverso l'integrazione assistenziale tra le componenti della medicina convenzionata (MMG, PLS, MSA), che attraverso l'integrazione informativa tra questa e la rete distrettuale ed ospedaliera, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni: relazionale, gestionale ed informativa;

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

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

2) **Linea progettuale:**

SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Premessa

Umanizzazione significa recuperare la centralità dell'individuo nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, non è una variabile dipendente dalla maggiore o minore sensibilità degli operatori, ma diviene un indicatore concreto e preciso della loro stessa professionalità e delle finalità stesse dei servizi.
Il processo di umanizzazione è un processo che coinvolge tutti, pazienti e operatori, nella tensione a riconoscere ad ognuno il diritto alla propria dignità intrinseca e alla promozione dei valori della persona.
I pazienti coinvolti nei propri piani di cura e assistenza, in un rapporto fortemente empatico e comunicativo con gli operatori sanitari collaborano più efficacemente determinando una ricaduta positiva sugli esiti di cura.
Lo sviluppo dei processi di umanizzazione deve rappresentare la missione comune, in particolar modo, per tutti coloro che ai diversi livelli programmano, pianificano, organizzano e gestiscono l'assistenza a pazienti in determinate condizioni di fragilità, quali i pazienti oncologici e i pazienti pediatrici, anche assistiti domiciliarmente, anche per dare attuazione all'Intesa Stato-Regioni sancita nella seduta del 20 dicembre 2012 (Rep. atti 259/CSR), sulla revisione dell'accreditamento.

Obiettivi e strategie

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

3) **Linea progettuale:**

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

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

Premessa

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

programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.
Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato". Le Cure Domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.
Ai fini della definizione di percorsi assistenziali è necessario distinguere le Cure Palliative Domiciliari di base dalle Cure Palliative Domiciliari specialistiche e, nell'ambito di queste ultime, i percorsi assistenziali rivolti ai malati oncologici ed ai malati non oncologici.
Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le Cure Palliative ai propri ospiti anche avvalendosi della Unità di Cure Palliative Domiciliari territorialmente competente, con le modalità indicate alla voce "Assistenza Domiciliare."
Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare palliativa nell'ambito pediatrico il pediatra di famiglia/MMG è il responsabile clinico del caso, durante la gestione domiciliare dei minori in carico per le Cure Palliative Pediatriche.
In base al programma assistenziale integrato (PAI), vengono attivate le risorse già presenti nella rete, necessarie per la presa in carico, ivi compresi le unità/servizi di base e specialistici (Unità di Cure Palliative Domiciliari ed altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari).

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

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

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

4) **Linea progettuale:**

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

L'Intesa Stato - Regioni del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni.
L' articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori.

Obiettivo prioritario: " Piano nazionale della prevenzione"

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

Aree prioritarie di intervento
Relativamente all'anno 2015, al punto 5.1 del Documento si prevede che la Regione delibera l'adozione del PRP, strutturato tenendo presente requisiti e criteri indicati ai punti 3 e 4 del Documento e corredato dal piano di monitoraggio e valutazione (punto 3.5.2 del Documento);
Pertanto, ai fini dell'attuazione di quanto previsto dal presente accordo sulle linee progettuali attuative degli obiettivi di Piano sanitario Nazionale, e tenuto conto di quanto stabilito dall'art 17 del Patto per la salute 2014-16, il processo valutativo, tiene conto di quanto previsto nel sopra citato Documento.

Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano nazionale della prevenzione"

Premessa

Il Piano nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 si inserisce in un processo già consolidato di definizione degli aspetti operativi connessi alla funzione di "supporto" al

Piano medesimo, sia dal punto di vista del livello centrale di governo sia da quello delle Regioni.
Elementi alla base di questa funzione di supporto sono:

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

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

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

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

Osservatorio Nazionale Screening (ONS): organizzazione e funzioni

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

a) supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale;
b) attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale;

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

Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

Il NIEBP ha lo scopo di mettere a punto metodologie e strumenti di intervento finalizzati a introdurre all'interno dei servizi e della comunità degli operatori di Sanità Pubblica una cultura e una pratica basata sulle prove di efficacia.
In particolare, sono identificati i seguenti compiti:
a) Sviluppare metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica.
b) Sviluppare strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc ecc) per fornire a policy-maker e operatori le prove di efficacia e di impatto relative agli interventi e programmi di prevenzione.

Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)

L'AIRTUM è nata con l'intento di coordinare le attività dei Registri tumori già presenti in Italia. Essa supporta l'attuazione della pianificazione nazionale e regionale; inoltre svolge un'attività di raccordo metodologico tra i vari registri, sostiene direttamente la ricerca e la produzione editoriale. E' collegata alle corrispondenti associazioni in altri paesi a livello europeo e mondiale.
Attualmente fanno parte del network 40 Registri Tumori (che hanno superato il processo di accreditamento tecnico-professionale all'eccellenza) appartenenti a 16 Regioni. L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) della Regione Toscana assicura il supporto amministrativo al funzionamento dell'AIRTUM, assumendone il coordinamento organizzativo.
Sulla base delle strategie di sviluppo e potenziamento messe in atto sono stati identificati i seguenti compiti:
a) Costituire una Banca Dati nazionale per calcolare i principali indicatori di frequenza dei tumori in Italia con l'apporto delle informazioni raccolte dai registri tumori accreditati.
b) Valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento).
c) Incentivare, promuovere e sostenere studi e ricerche.
d) Svolgere attività editoriali e di diffusione di pubblicazioni periodiche e librarie a carattere culturale, basate sull'uso della Banca dati nazionale.
e) Organizzare: corsi rivolti soprattutto alla formazione del personale dei Registri tumori; la raccolta di fondi e materiale per promuovere e sostenere studi e ricerche; seminari e convegni.

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

Nell'ambito del vincolo di 240 milioni di euro, le Regioni destineranno il 5 per mille delle risorse assegnate ai fini dello svolgimento delle attività dell'obiettivo prioritario "*Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione*".

5) **Linea progettuale:**

GESTIONE DELLA CRONICITÀ

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

Premessa

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

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

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

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

Il Disease Management (DM) permette di contestualizzare gli interventi, di individuare i target di pazienti e gli snodi critici della storia naturale di malattia.
Tiene conto dei limiti e/o delle potenzialità del sistema a livello locale e indirizza il percorso assistenziale, attraverso l'interazione fra i vari attori coinvolti, su obiettivi comuni, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità, utilizzando una progettualità concordata che superi la frammentarietà degli interventi.

Il Chronic Care Model (CCM) ha una visione più ampia del DM. Infatti il CCM pone, in un unico quadro d'insieme, tutti quei fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario

(gli assetti organizzativi, il supporto ai processi decisionali, il sistema informativo) integrati con le risorse della comunità.

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

Il CCM è basato sul principio che, nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici, è importante agire su sei fondamentali elementi:
1. le risorse della comunità, intesa come partecipazione del volontariato e della famiglia; 2. le organizzazioni sanitarie finalizzate alla gestione integrata con l'adozione di percorsi assistenziali; 3. il supporto all'autocura della persona attraverso l'educazione terapeutica; 4. l'organizzazione del team multidisciplinare e multiprofessionale 5. l'utilizzo di buone pratiche assistenziali basate sulla migliore evidenza scientifica disponibile; 6. l'utilizzo di sistemi informativi; 7. la centralità del paziente.

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

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

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

I principi della gestione integrata sono stati implementati soprattutto tramite specifici progetti regionali ed aziendali di presa in carico integrata delle malattie croniche a più alta

prevalenza ed a più alto impegno assistenziale, ma esistono ancora ampie aree del Paese in cui i nuovi modelli assistenziali non sono ancora sufficientemente sviluppati.

Aree prioritarie di intervento

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

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

Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza

Premessa

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

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

Per rispondere alla complessità dei loro bisogni, il servizio sanitario si è organizzato per offrire un'assistenza incentrata sempre più su un accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, sulla valutazione delle specifiche esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona e sulla individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente, anche tenendo conto delle condizioni socio-ambientali di provenienza.
Centrale, a tale proposito, è il momento della valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona.

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

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

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

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

con gli effettivi bisogni assistenziali dei pazienti in termini di intensità, complessità e durata.

L'introduzione della Telemedicina come modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.

Aree prioritarie di intervento

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

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

6) **Linea progettuale:**

RETI ONCOLOGICHE

Premessa

L'intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 concernente il "Documento di indirizzo per ridurre il burden del cancro" ha prorogato al 31 dicembre 2016 la validità dell'Intesa Stato regioni datata 10 febbraio 2011 - riguardante l'approvazione del Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013 - ed ha confermato il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero della Salute nella lotta contro il cancro.

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

Obiettivo prioritario: "Costituzione di reti oncologiche regionali"

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

Nell'attuare il predetto mandato, con l'Intesa 30 ottobre 2014 è stato approvato il documento " Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali"(di seguito Guida), che ha inteso assumere un'ottica allargata, rispettosa dell'autonomia organizzativa delle varie Regioni, al fine di identificare gli elementi costitutivi (obiettivi e criteri di attuazione) di una rete costo-efficace comuni a qualsivoglia modello organizzativo ritenuto dalle Regioni più idoneo al proprio contesto. Inoltre, le indicazioni di obiettivi e criteri per la creazione di reti, contenute nella Guida, siano pure differenziate nel merito dei modelli organizzativi deliberati dalle singole Regioni, intendono favorire un approccio

coerente a livello nazionale. La Guida prevede, poi, espressamente che articolazioni specifiche siano opportune per alcuni casi definiti, in particolare per la creazione di breast units e per la rete dei tumori rari.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare un progetto dettagliato nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzato ad adottare iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione; tale progetto dovrà riguardare:

- il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali di cui all'Intesa del 30 ottobre 2014.

- il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ALLEGATO B

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015

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

888.073.445 **Importo da ripartire tra le regioni**

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2015 (al 31.12.2014)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore, Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
PIEMONTE	4.424.467	4.424.467	69.273.348	**72.628.704**	8.178.232	19.627.756
VAL D'AOSTA	128.298		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	156.609.741	**164.195.362**	18.488.940	44.373.455
BOLZANO	518.518		-	-	-	-
TRENTO	537.416		-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	77.150.779	**80.887.689**	9.108.221	21.859.730
FRIULI	1.227.122		-	-		-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	24.788.959	**25.989.648**	2.926.520	7.023.648
EMILIA R.	4.450.508	4.450.508	69.681.069	**73.056.173**	8.226.366	19.743.279
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	58.754.853	**61.600.730**	6.936.445	16.647.469
UMBRIA	894.762	894.762	14.009.181	**14.687.736**	1.653.888	3.969.330
MARCHE	1.550.796	1.550.796	24.280.627	**25.456.694**	2.866.508	6.879.619
LAZIO	5.892.425	5.892.425	92.256.990	**96.725.592**	10.891.621	26.139.890
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	20.848.294	**21.858.112**	2.461.295	5.907.109
MOLISE	313.348	313.348	4.906.052	**5.143.684**	579.196	1.390.070
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	91.773.255	**96.218.427**	10.834.512	26.002.830
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	64.038.283	**67.140.070**	7.560.193	18.144.464
BASILICATA	576.619	576.619	9.028.054	**9.465.341**	1.065.829	2.557.989
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	30.947.874	**32.446.879**	3.653.626	8.768.702
SICILIA (*)	5.092.080	*5.092.080*	79.726.085	**40.572.605**	4.568.609	10.964.662
SARDEGNA	1.663.286		-	-		
TOTALE	60.795.612	56.720.972	888.073.445	**888.073.445**	*100.000.000*	**240.000.000**

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla Regione Siciliana ammonta a 39.153.480 euro, mentre la quota a carico dello Stato ammonta a 40.572.605 euro

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE 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 Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015.

Rep. Atti n. 236/CSR del 23 dicembre 2015

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

Nella odierna seduta del 23 dicembre 2015:

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 sanità, 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 34*bis*, di specifici progetti;

VISTO il comma 34*bis* del predetto articolo 1, aggiunto dall'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 79, comma 1*quater*, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede, 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 2015, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, è da predisporsi sulla base delle linee guida in corso di approvazione 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 34*bis*. 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 e delle politiche sociali, 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 17 dicembre 2015 del Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome concernente il riconoscimento alla regione Molise del contributo di solidarietà interregionale per il piano di risanamento del servizio sanitario regionale- Piano Operativo straordinario - 2015-2018 – pari a 30 mln di euro per l'anno 2015, 25 mln di euro per l'anno 2016 e 18 mln di euro per l'anno 2017, precisando che tali risorse dovranno essere accantonate a valere sui riparti delle quote vincolate agli Obiettivi di Piano sanitario nazionale per ciascun anno di riferimento;

VISTA la nota del 22 dicembre 2015 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione CIPE concernente la ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015;

RILEVATO che con tale proposta si prevede di ripartire tra le Regioni la quota vincolata a valere sulle risorse complessive per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2015 per un importo pari a 1.480,00 milioni 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 n. 135/909 convertito dalla legge n. 166/2009;

RILEVATO altresì che con la medesima proposta si prevede l'accantonamento di una somma pari a 60,400 milioni di euro per specifici progetti regionali ed interregionali;

ATTESO pertanto che l'ammontare delle risorse vincolate, di cui alla proposta di deliberazione CIPE, a valere sui complessivi 1.480,00 milioni di euro, è pari a 888,073 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, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni hanno espresso intesa condizionata all'approvazione dell'integrazione all'articolo 2, comma 27 bis della legge 191/ 2009, nell'ambito del decreto legge " proroga termini ", all'ordine del giorno del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2015 che prevede la ripartizione delle quote premiali anche con criteri di riequilibrio definiti dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome;

CONSIDERATO altresì che le Regioni nel corso della seduta hanno formulato le seguenti raccomandazioni da recepire nel testo definitivo del provvedimento in oggetto: al punto D), con riferimento al parere da parte della Conferenza Stato- Regioni per il supporto tecnico dell'istituto superiore di sanità si chiede che lo stesso sia un parere preventivo; al punto F) eliminare l'ultimo capoverso dove si prevede che l'erogazione della somma è subordinata all'approvazione in Conferenza Stato- Regioni di una relazione sull'attività svolta;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti 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 PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015, come da Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Gianclaudio Bressa

All. A

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.IV EX DGPROG
Proposta di deliberazione per il CIPE

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2015: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

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

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

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2015, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporsi sulla scorta delle linee guida da approvarsi con apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in corso di predisposizione.

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

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

Sul FSN 2015 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.480,00 mln** di euro al netto dell'importo di **2 milioni** di euro per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti, ai sensi dell' articolo 8- bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **888,073 mln** di euro, a valere sui complessivi 1.480,00 mln di euro, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria subordinatamente alla conclusione dell'accordo sugli indirizzi progettuali per lo stesso anno parimenti da sottoporsi all'esame della Conferenza Stato-Regioni

Della residua somma di 591,927 mln di euro, sono destinati:

- **100,211 mln** di euro al riequilibrio tra le Regioni inserito nella tabella A del riparto della quota indistinta del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'anno 2015, in coerenza con quanto richiesto dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota n. 5413 del 26 novembre 2015;
- **400,000 mln** di euro per la istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'articolo 1, comma 593, della Legge n. 190/2014;
- **1,316 mln** di euro per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2013, in coerenza con quanto stabilito dalla Conferenza dei servizi in data 23 dicembre 2014 (si veda allegato 1);
- **30,000 mln** di euro quale contributo di solidarietà interregionale in favore della Regione Molise per il Piano di risanamento del servizio sanitario regionale – Piano operativo straordinario, come deciso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 17 dicembre 2015 e come comunicato in pari data con nota n. 5762 dal Presidente della Conferenza (si veda allegato 2). L'erogazione di detto contributo in favore della regione Molise è subordinato alla sottoscrizione dello specifico Accordo in Conferenza Stato Regioni di cui all'articolo 1, comma 604, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di **60,400 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

a) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 3, della legge 231/2012 in materia di Piano sanitario straordinario in favore del territorio della provincia di Taranto;
b) **€ 25 milioni**, ai sensi dell'articolo 2, comma 4-*octies* del D.L. 10 dicembre 2013, n. 136, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, L. 6 febbraio 2014, n. 6, per il finanziamento di una offerta di esami sanitari finalizzati alla prevenzione ed il controllo dello stato di salute della popolazione residente nei territori della regione Campania specificatamente individuati e nei comuni di Taranto e Statte, oggetto di emergenze ambientali ed industriali;
c) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per la sperimentazione gestionale finalizzato alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
d) **€ 10 milioni** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle Regioni nel campo della salute umana, in relazione al quale è previsto il parere a consuntivo da parte della Conferenza Stato - Regioni;
e) **€ 5 milioni** quale quota da accantonare per un progetto interregionale da approvarsi successivamente dalla Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, in materia di elaborazione di linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida;
f) **€ 0,400 milioni** destinati, come richiesto dal coordinatore della Commissione Salute, con nota n. PG/2015/883579 del 22/12/2015, al finanziamento del primo anno di attività del Programma triennale del Mattone Internazionale Salute, il cui coordinamento è stato affidato alla Regione Veneto come convenuto dalla Commissione Salute il 16 dicembre 2015. L'erogazione della citata somma in favore della Regione Veneto è subordinata all'approvazione in Conferenza Stato-

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

Si allega alla presente proposta l'unita tabella, nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **888,073 mln** di euro, evidenziando le quote rispettivamente pari al 70 e al 30 per cento da erogarsi in base a quanto sopra specificato.

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

Si allega la tabella di riparto.

Il Ministro della Salute

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

1.480.000.000 **Importo iniziale**

-25.000.000 **terra dei fuochi**

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

-10.000.000 **malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (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 anno 2013**

-400.000.000 **quota per farmaci innovativi a valere sul FSN (art. 1, c. 593 della L. 190/2014)**

-100.210.555 **destinato ad alimentare la quota di riequilibrio presente in Tabella A del riparto**

-30.000.000 **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 primo anno del Programma triennale Mattone Internazionale Salute (nota n. .... Del .....)**

888.073.445 **Importo da ripartire tra le regioni**

REGIONI	Popolazione al 01.01.2015	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	**Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)**	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.424.467	4.424.467	69.273.348		3.355.355	**72.628.704**	50.840.093	21.788.611
VAL D'AOSTA	128.298		-		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	156.609.741		7.585.621	**164.195.362**	114.936.753	49.258.609
BOLZANO	518.518		-		-	-	-	-
TRENTO	537.416		-		-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	77.150.779		3.736.910	**80.887.689**	56.621.382	24.266.307
FRIULI	1.227.122		-		-	-	-	-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	24.788.959		1.200.689	**25.989.648**	18.192.754	7.796.894
EMILIA R.	4.450.508	4.450.508	69.681.069		3.375.104	**73.056.173**	51.139.321	21.916.852
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	58.754.853		2.845.877	**61.600.730**	43.120.511	18.480.219
UMBRIA	894.762	894.762	14.009.181		678.555	**14.687.736**	10.281.415	4.406.321
MARCHE	1.550.796	1.550.796	24.280.627		1.176.057	**25.456.694**	17.819.686	7.637.008
LAZIO	5.892.425	5.892.425	92.256.990		4.468.602	**96.725.592**	67.707.914	29.017.678
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	20.848.294		1.009.817	**21.858.112**	15.300.678	6.557.433
MOLISE	313.348	313.348	4.906.052		237.632	**5.143.684**	3.600.579	1.543.105
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	91.773.255		4.445.171	**96.218.427**	67.352.899	28.865.528
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	64.038.283		3.101.787	**67.140.070**	46.998.049	20.142.021
BASILICATA	576.619	576.619	9.028.054		437.287	**9.465.341**	6.625.739	2.839.602
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	30.947.874		1.499.005	**32.446.879**	22.712.816	9.734.064
SICILIA (*)	5.092.080	*5.092.080*	79.726.085	39.153.480	-	**40.572.605**	28.400.823	12.171.781
SARDEGNA	1.663.286		-		-	-		-
TOTALE	60.795.612	56.720.972	888.073.445		39.153.480	**888.073.445**	621.651.411	266.422.033
						927.226.925		

(*) 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.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE 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 Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015.

Rep. Atti n. 236/CSR del 23 dicembre 2015

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

Nella odierna seduta del 23 dicembre 2015:

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 sanità, 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 34*bis*, di specifici progetti;

VISTO il comma 34*bis* del predetto articolo 1, aggiunto dall'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 79, comma 1*quater*, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede, 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 2015, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, è da predisporsi sulla base delle linee guida in corso di approvazione 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 34*bis*. 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 e delle politiche sociali, 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 17 dicembre 2015 del Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome concernente il riconoscimento alla regione Molise del contributo di solidarietà interregionale per il piano di risanamento del servizio sanitario regionale- Piano Operativo straordinario - 2015-2018 – pari a 30 mln di euro per l'anno 2015, 25 mln di euro per l'anno 2016 e 18 mln di euro per l'anno 2017, precisando che tali risorse dovranno essere accantonate a valere sui riparti delle quote vincolate agli Obiettivi di Piano sanitario nazionale per ciascun anno di riferimento;

VISTA la nota del 22 dicembre 2015 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione CIPE concernente la ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015;

RILEVATO che con tale proposta si prevede di ripartire tra le Regioni la quota vincolata a valere sulle risorse complessive per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2015 per un importo pari a 1.480,00 milioni 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 n. 135/909 convertito dalla legge n. 166/2009;

RILEVATO altresì che con la medesima proposta si prevede l'accantonamento di una somma pari a 60,400 milioni di euro per specifici progetti regionali ed interregionali;

ATTESO pertanto che l'ammontare delle risorse vincolate, di cui alla proposta di deliberazione CIPE, a valere sui complessivi 1.480,00 milioni di euro, è pari a 888,073 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, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni hanno espresso intesa condizionata all'approvazione dell'integrazione all'articolo 2, comma 27 bis della legge 191/ 2009, nell'ambito del decreto legge " proroga termini ", all'ordine del giorno del Consiglio dei Ministri del 23 dicembre 2015 che prevede la ripartizione delle quote premiali anche con criteri di riequilibrio definiti dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome;

CONSIDERATO altresì che le Regioni nel corso della seduta hanno formulato le seguenti raccomandazioni da recepire nel testo definitivo del provvedimento in oggetto: al punto D), con riferimento al parere da parte della Conferenza Stato- Regioni per il supporto tecnico dell'istituto superiore di sanità si chiede che lo stesso sia un parere preventivo; al punto F) eliminare l'ultimo capoverso dove si prevede che l'erogazione della somma è subordinata all'approvazione in Conferenza Stato- Regioni di una relazione sull'attività svolta;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti 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 PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015, come da Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Gianclaudio Bressa

All. A

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.IV EX DGPROG
Proposta di deliberazione per il CIPE

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2015: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

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

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

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2015, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporsi sulla scorta delle linee guida da approvarsi con apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in corso di predisposizione.

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

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

Sul FSN 2015 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.480,00 mln** di euro al netto dell'importo di **2 milioni** di euro per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti, ai sensi dell' articolo 8- bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **888,073 mln** di euro, a valere sui complessivi 1.480,00 mln di euro, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria subordinatamente alla conclusione dell'accordo sugli indirizzi progettuali per lo stesso anno parimenti da sottoporsi all'esame della Conferenza Stato-Regioni

Della residua somma di 591,927 mln di euro, sono destinati:

- **100,211 mln** di euro al riequilibrio tra le Regioni inserito nella tabella A del riparto della quota indistinta del Servizio sanitario nazionale (SSN) per l'anno 2015, in coerenza con quanto richiesto dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome con nota n. 5413 del 26 novembre 2015;
- **400,000 mln** di euro per la istituzione di un fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'articolo 1, comma 593, della Legge n. 190/2014;
- **1,316 mln** di euro per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2013, in coerenza con quanto stabilito dalla Conferenza dei servizi in data 23 dicembre 2014 (si veda allegato 1);
- **30,000 mln** di euro quale contributo di solidarietà interregionale in favore della Regione Molise per il Piano di risanamento del servizio sanitario regionale – Piano operativo straordinario, come deciso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 17 dicembre 2015 e come comunicato in pari data con nota n. 5762 dal Presidente della Conferenza (si veda allegato 2). L'erogazione di detto contributo in favore della regione Molise è subordinato alla sottoscrizione dello specifico Accordo in Conferenza Stato Regioni di cui all'articolo 1, comma 604, della Legge 23 dicembre 2014, n. 190.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di **60,400 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

a) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 3, della legge 231/2012 in materia di Piano sanitario straordinario in favore del territorio della provincia di Taranto;
b) **€ 25 milioni**, ai sensi dell'articolo 2, comma 4-*octies* del D.L. 10 dicembre 2013, n. 136, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, L. 6 febbraio 2014, n. 6, per il finanziamento di una offerta di esami sanitari finalizzati alla prevenzione ed il controllo dello stato di salute della popolazione residente nei territori della regione Campania specificatamente individuati e nei comuni di Taranto e Statte, oggetto di emergenze ambientali ed industriali;
c) **€ 10 milioni,** ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per la sperimentazione gestionale finalizzato alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
d) **€ 10 milioni** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle Regioni nel campo della salute umana, in relazione al quale è previsto il parere a consuntivo da parte della Conferenza Stato - Regioni;
e) **€ 5 milioni** quale quota da accantonare per un progetto interregionale da approvarsi successivamente dalla Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, in materia di elaborazione di linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida;
f) **€ 0,400 milioni** destinati, come richiesto dal coordinatore della Commissione Salute, con nota n. PG/2015/883579 del 22/12/2015, al finanziamento del primo anno di attività del Programma triennale del Mattone Internazionale Salute, il cui coordinamento è stato affidato alla Regione Veneto come convenuto dalla Commissione Salute il 16 dicembre 2015. L'erogazione della citata somma in favore della Regione Veneto è subordinata all'approvazione in Conferenza Stato-

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

Si allega alla presente proposta l'unita tabella, nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **888,073 mln** di euro, evidenziando le quote rispettivamente pari al 70 e al 30 per cento da erogarsi in base a quanto sopra specificato.

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

Si allega la tabella di riparto.

Il Ministro della Salute

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

1.480.000.000	**Importo iniziale**
-25.000.000	**terra dei fuochi**
-10.000.000	**taranto (art. 3-bis D.L. 207/2012)**
-10.000.000	**malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (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 anno 2013**
-400.000.000	**quota per farmaci innovativi a valere sul FSN (art. 1, c. 593 della L. 190/2014)**
-109.230.555	**destinato ad alimentare la quota di riequilibrio presente in Tabella A del riparto**
-50.000.000	**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 primo anno del Programma triennale Mattone Internazionale Salute (nota n. .... Del .....)**
888.073.445	**Importo da ripartire tra le regioni**

REGIONI	Popolazione al 01.01.2015	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	**Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)**	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.424.467	4.424.467	69.273.348		3.355.355	**72.628.704**	50.840.093	21.788.611
VAL D'AOSTA	128.298		-		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.002.615	10.002.615	156.609.741		7.585.621	**164.195.362**	114.936.753	49.258.609
BOLZANO	518.518		-		-	-	-	-
TRENTO	537.416		-		-	-	-	-
VENETO	4.927.596	4.927.596	77.150.779		3.736.910	**80.887.689**	56.621.382	24.266.307
FRIULI	1.227.122		-		-	-	-	-
LIGURIA	1.583.263	1.583.263	24.788.959		1.200.689	**25.989.648**	18.192.754	7.796.894
EMILIA R	4.450.508	4.450.508	69.681.069		3.375.104	**73.056.173**	51.139.321	21.916.852
TOSCANA	3.752.654	3.752.654	58.754.853		2.845.877	**61.600.730**	43.120.511	18.480.219
UMBRIA	894.762	894.762	14.009.181		678.555	**14.687.736**	10.281.415	4.406.321
MARCHE	1.550.796	1.550.796	24.280.627		1.176.067	**25.456.694**	17.819.686	7.637.008
LAZIO	5.892.425	5.892.425	92.256.990		4.468.602	**96.725.592**	67.707.914	29.017.678
ABRUZZO	1.331.574	1.331.574	20.848.294		1.009.817	**21.858.112**	15.300.678	6.557.433
MOLISE	313.348	313.348	4.906.052		237.632	**5.143.684**	3.600.579	1.543.105
CAMPANIA	5.861.529	5.861.529	91.773.255		4.445.171	**96.218.427**	67.352.899	28.865.528
PUGLIA	4.090.105	4.090.105	64.038.283		3.101.787	**67.140.070**	46.998.049	20.142.021
BASILICATA	576.619	576.619	9.028.054		437.287	**9.465.341**	6.625.739	2.839.602
CALABRIA	1.976.631	1.976.631	30.947.874		1.499.005	**32.446.879**	22.712.816	9.734.064
SICILIA (*)	5.092.080	*5.092.080*	79.726.085	39.153.480	-	**40.572.605**	28.400.823	12.171.781
SARDEGNA	1.663.286		-		-	-	-	-
TOTALE	60.795.612	56.720.972	888.073.445		39.153.480	**888.073.445**	621.651.411	266.422.033
						927.226.925		

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

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ministero della Salute
DGPROGS
0004969-P-12/02/2016
I.4.b.c/2009/4
175049055

Commissione Salute
Coordinamento Regione Emilia-Romagna
Via Aldo Moro n. 21
40127 BOLOGNA

commissionesalute@postacert.regione.emilia-romagna.it

OGGETTO: Accordo Stato Regioni 23 dicembre 2015 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015. (Rep. Atti n. 234/CSR).

Come noto, in data 23 dicembre u.s., in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è stato sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome per l'utilizzo, delle risorse vincolate di cui all'art. 1 commi 34 e 34 bis della legge n. 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), che garantisce una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014.

Tutto ciò premesso, si rammenta che le Regioni dovranno presentare, con delibera di Giunta regionale o atto equivalente, entro il termine di 60 giorni dalla stipula del predetto Accordo, specifici progetti, esclusivamente nell'ambito degli indirizzi individuati nell'allegato A del citato Accordo per l'anno 2015.

Si invitano le Regioni a porre attenzione a tutti gli adempimenti previsti nei punti dell'Accordo in questione, ed in particolare a quanto previsto al punto 7 ove è disposto che le stesse sono tenute a presentare almeno un progetto per le linee progettuali con risorse destinate e a presentare solo un progetto nelle linee con risorse non vincolate, libere di presentare o meno un progetto su tutte le linee con risorse non vincolate.

Tanto premesso, si resta in attesa di ricevere i progetti regionali, che dovranno essere trasmessi a mezzo posta elettronica certificata al seguente indirizzo: dgprog@postacert.sanita.it ed anche a mezzo posta ordinaria r/r al seguente indirizzo: Direzione generale della programmazione sanitaria - viale Giorgio Ribotta n. 5 - 00144 Roma.

Eventuali comunicazioni, richieste di informazioni e/o chiarimenti in merito agli adempimenti necessari potranno essere indirizzate alla referente dott.ssa Guido Annunziata anche a mezzo e-mail al seguente indirizzo a.guido@sanita.it.

In ultimo, si ricorda che nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel predetto termine, 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.

Si ringrazia per la collaborazione e si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Il Direttore Generale
Renato Botti

Referente:
D.ssa Annunziata Guido – 06.59942308
e-mail: a.guido@sanita.it

0003911-16/04/2018-CAB-270818752 A 17/01/2018 ... 46 (AT08)

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio VI - Monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e dei Piani di rientro
Viale G. Ribotta, 5 - 00144 Roma

Roma 7/3/2018

Id 270818752

Registro – classif: DGPROG

Allegati:

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Ufficio I
Ufficio II

Sede

OGGETTO: Accordo Stato-Regioni 23 dicembre 2015 – progetti regionali per obiettivi di carattere prioritario anno 2015

In riferimento all'oggetto si trasmette, per il seguito di competenza, il documento relativo alla valutazione dei progetti regionali relativo agli obiettivi di piano per l'anno 2015 delle Regioni Calabria, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia ai fini della ripartizione delle risorse anno 2015, elaborato a seguito della approvazione del Comitato Lea nella riunione del 28 febbraio 2018.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
Dott.ssa Lucia Lispi

Referente/Responsabile del procedimento:
Claudia Ruina – 06.59945525
e-mail: c.ruina.@sanita.it

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Ministero della Salute
DGPROGS
0004969-P-12/02/2016
I.4.b.c/2009/4
175049056

Commissione Salute
Coordinamento Regione Emilia-Romagna
Via Aldo Moro n. 21
40127 BOLOGNA

commissionesalute@postacert.regione.emilia-romagna.it

OGGETTO: Accordo Stato Regioni 23 dicembre 2015 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015. (Rep. Atti n. 234/CSR).

Come noto, in data 23 dicembre u.s., in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, è stato sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome per l'utilizzo, delle risorse vincolate di cui all'art. 1 commi 34 e 34 bis della legge n. 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015 (Rep. Atti n. 234/CSR), che garantisce una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014.

Tutto ciò premesso, si rammenta che le Regioni dovranno presentare, con delibera di Giunta regionale o atto equivalente, entro il termine di 60 giorni dalla stipula del predetto Accordo, specifici progetti, esclusivamente nell'ambito degli indirizzi individuati nell'allegato A del citato Accordo per l'anno 2015.

Si invitano le Regioni a porre attenzione a tutti gli adempimenti previsti nei punti dell'Accordo in questione, ed in particolare a quanto previsto al punto 7 ove è disposto che le stesse sono tenute a presentare almeno un progetto per le linee progettuali con risorse destinate e a presentare solo un progetto nelle linee con risorse non vincolate, libere di presentare o meno un progetto su tutte le linee con risorse non vincolate.

Tanto premesso, si resta in attesa di ricevere i progetti regionali, che dovranno essere trasmessi a mezzo posta elettronica certificata al seguente indirizzo: dgprog@postacert.sanita.it ed anche a mezzo posta ordinaria r/r al seguente indirizzo: Direzione generale della programmazione sanitaria - viale Giorgio Ribotta n. 5 - 00144 Roma.

Eventuali comunicazioni, richieste di informazioni e/o chiarimenti in merito agli adempimenti necessari potranno essere indirizzate alla referente dott.ssa Guido Annunziata anche a mezzo e-mail al seguente indirizzo a.guido@sanita.it.

In ultimo, si ricorda che nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel predetto termine, 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.

Si ringrazia per la collaborazione e si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Il Direttore Generale
Renato Botti

Referente:
D.ssa Annunziata Guido – 06.59942308
e-mail: a.guido@sanita.it

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio VI - Monitoraggio e verifica dell'erogazione dei LEA e dei Piani di rientro
Viale G. Ribotta, 5 - 00144 Roma

Roma 7/3/2018

Id 270818752

Registro – classif: DGPROG

Allegati:

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Ufficio I
Ufficio II

Sede

OGGETTO: Accordo Stato-Regioni 23 dicembre 2015 – progetti regionali per obiettivi di carattere prioritario anno 2015

In riferimento all'oggetto si trasmette, per il seguito di competenza, il documento relativo alla valutazione dei progetti regionali relativo agli obiettivi di piano per l'anno 2015 delle Regioni Calabria, Molise, Piemonte, Puglia e Sicilia ai fini della ripartizione delle risorse anno 2015, elaborato a seguito della approvazione del Comitato Lea nella riunione del 28 febbraio 2018.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
Dott.ssa Lucia Lispi

Referente/Responsabile del procedimento:
Claudia Ruina – 06.59945525
e-mail: c.ruina.@sanita.it