



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lett. a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, a modifica dell'Intesa in data 28 febbraio 2008 (Rep. atti n. 64), sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE per il riparto delle risorse finanziarie stanziare dall'articolo 2, comma 279, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008) per la prosecuzione del Programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni.

Rep. Atti n. 185/CSL del 18 settembre 2008

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

Nella odierna seduta del 18 settembre 2008:

VISTO l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi nel settore degli investimenti in sanità;

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

VISTO l'articolo 1, comma 796, lett. n) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), come modificato dall'articolo 2, commi 279 e 280, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), il quale prevede che, ai fini del programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico, l'importo fissato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, come rideterminato dall'articolo 8, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, è elevato a 23 miliardi di euro, fermo restando, per la sottoscrizione di accordi di programma con le Regioni e l'assegnazione di risorse agli altri enti del settore sanitario interessati, il limite annualmente definito in base all'effettiva disponibilità;

VISTO il proprio atto rep. n. 64 del 28 febbraio 2008 con il quale è stata perfezionata la prescritta intesa sulla proposta di deliberazione del CIPE volta a ripartire l'incremento di risorse pari a 3 miliardi di euro, che il predetto articolo 2, comma 279, della legge n. 244/2007 ha reso disponibili;

VISTA la sentenza della Corte Costituzionale n. 45 del 4 marzo 2008, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 796, lettera n), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, limitatamente alla parte in cui pone vincoli puntuali di destinazione dei fondi di cui trattasi, in ambiti di materie da ritenersi appartenenti alla potestà legislativa concorrente;

VISTA la nuova proposta di deliberazione CIPE, trasmessa dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con nota del 5 settembre 2008, che modifica la predetta Intesa in data 28 febbraio 2008 (Rep. atti n. 64), per recepire i principi contenuti nella predetta sentenza della Corte Costituzionale n. 45/2008;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

CONSIDERATO che, con la nuova proposta di deliberazione CIPE, vengono soppresse le parti della precedente proposta in cui sono applicati i vincoli di destinazione indicati dal citato articolo 2, comma 279, della legge n. 244/2007 (100 milioni di euro per il potenziamento delle unità di risveglio dal coma e 50 milioni di euro per strutture residenziali e acquisizioni di tecnologie per cure palliative);

VISTA la lettera in data 10 settembre 2008 con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha comunicato l'avviso tecnico favorevole;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province autonome sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE in esame, allegato sub A, parte integrante del presente atto;

SANCISCE INTESA

sulla proposta di deliberazione per il CIPE di cui in premessa, come da allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Dott.ssa Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI ESSENZIALI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
DELL'EX MINISTERO DELLA SALUTE
UFFICIO VII**

**PROPOSTA DI DELIBERAZIONE CIPE PER IL RIPARTO DELLE RISORSE FINANZIARIE STANZIATE
DALLA LEGGE 24 DICEMBRE 2007, N. 244, PER LA PROSECUZIONE DEL PROGRAMMA NAZIONALE
STRAORDINARIO DI INVESTIMENTI IN SANITÀ - ART. 20 LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67, E
SUCCESSIVE MODIFICAZIONI.**

**ACQUISIZIONE DELL'INTESA DA PARTE DELLA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO
STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO.**

La legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), all'articolo 2, comma 279, eleva a complessivi 23 miliardi di euro la dotazione di risorse per il programma pluriennale di interventi nel settore degli investimenti in sanità, avviato dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Con Delibera CIPE n. 4 del 25 gennaio 2008 (G.U. n. 100 del 29/04/2008) è stato approvato il riparto della prima tranche, pari ad euro 2.424.971.723,98, delle risorse rese disponibili dalla legge n. 296 del 2006 (Finanziaria 2007) e dalla citata legge n. 244 del 2007 (Finanziaria 2008).

Detta delibera CIPE n. 4/2008 è stata modificata nella parte relativa ai vincoli di destinazione, a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 45 del 2008, tale modifica non ha inciso sui criteri adottati per il riparto che rimane invariato.

Tenuto conto di quanto deciso dalla Corte Costituzionale nella citata sentenza 45/2008 e considerato che è stato presentato ricorso anche sui vincoli introdotti dalla Legge finanziaria 2008, nel procedere al riparto della restante somma di euro 3 miliardi, risorse rese disponibili dalla legge n.

244 del 2007 (Finanziaria 2008), non si procederà all'applicazione dei vincoli di cui alla citata legge n. 244/2007 (art. 1, commi 279 e 280).

Ciò posto, il riparto della somma di euro 3 miliardi prevede una quota di euro 2.950.000.000,00 per la prosecuzione dei programmi regionali di riqualificazione strutturale e tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale e l'accantonamento di una riserva pari ad euro 50.000.000,00, di cui:

- euro 10 milioni per il potenziamento e la creazione di unità di terapia intensiva neonatale (TIN) e per l'acquisto di nuove metodiche analitiche, basate sulla spettrometria di massa tandem, per effettuare screening neonatali allargati, per patologie metaboliche ereditarie, secondo gli obiettivi strategici riportati nel documento allegato alla presente proposta (ALLEGATO 1);
- euro 20.000.000,00 per gli Istituti zooprofilattici sperimentali;
- euro 10.000.000,00 per attrezzature e tecnologie per la medicina penitenziaria;
- euro 10.000.000,00 per interventi urgenti individuati dal Ministro della salute.

Metodo di riparto

Per il riparto della quota di euro 2.950.000.000,00 disponibile per le Regioni, si è tenuto conto dei criteri e delle linee prioritarie già indicati dalla legge finanziaria 2007 e nel Patto sulla salute, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 5 ottobre 2006, (innovazione tecnologica, superamento divario Nord-Sud, attivazione programmazione aggiuntiva, messa a norma, premialità per tempestività e qualità), nonché di ulteriori esigenze di carattere generale. Il metodo di riparto adottato prevede in particolare:

- a) la determinazione per ciascun criterio e linea prioritaria di un peso in percentuale sull'intera somma disponibile per le Regioni (15% per l'innovazione tecnologica, 13,5% per il superamento del divario Nord-Sud, 3% per la programmazione aggiuntiva, 30% per la messa a norma, 10% per la premialità, 28,5 % per le esigenze generali);
- b) l'individuazione, per ciascun criterio, di una variabile parametrica di riferimento per la ripartizione tra le Regioni (ad es. mortalità per cause oncologiche, dimensione demografica, stato di attuazione degli Accordi di programma);
- c) l'assegnazione a ciascuna Regione, per ciascun criterio, di un peso relativo sul totale nazionale in funzione del parametro di riferimento individuato per quel criterio. Per il criterio della premialità vengono individuati due parametri di riferimento: uno relativo alla tempestività nella programmazione (rapporto tra importo degli Accordi di programma sottoscritti e importo assegnato per la sottoscrizione di Accordi di programma superiore alla media nazionale: media nazionale = 80,95%), uno relativo alla tempestività nell'attuazione (rapporto tra spesa autorizzata su Accordi di

2

programma sottoscritti e importo degli Accordi di programma sottoscritti superiore alla media nazionale: media nazionale = 77,40%).

In applicazione del suddetto metodo di riparto, è stato determinato per ciascuna Regione l'importo complessivo per essa disponibile, applicando tutti i pesi relativi assegnati ai singoli criteri, ponderati secondo la percentuale assegnata a ciascun criterio, come riportato nella proposta.

Indirizzi programmatici

I piani regionali di investimento dovranno opportunamente assumere come prioritari – modulandoli ovviamente nella specifica realtà regionale – gli ulteriori obiettivi di sistema riportati nel ricordato Patto sulla salute, che configura specifiche coordinate di riferimento per le strategie di qualificazione del sistema:

1. *Innalzamento della qualità del sistema.* Coniugare tale principio nelle dinamiche di un intervento di riordino strutturale vuol dire privilegiare un approccio selettivo degli interventi che non punti alla mera crescita quantitativa della rete dei servizi ma che ancori gli interventi a strategie sostitutive e integrative finalizzate ad aumentare il grado di funzionalità del sistema e la sua rispondenza ai bisogni effettivi del territorio. Significa pertanto individuare modelli organizzativi che determinino chiaramente gli obiettivi da raggiungere ed i percorsi da seguire per il loro conseguimento. Per il settore ospedaliero in particolare occorre:

- dare impulso al superamento del modello dell'ospedale unico di zona, inteso come monade assistenziale chiusa ed autosufficiente, per passare al concetto di rete ospedaliera con funzioni specialistiche "centrali" di riferimento e funzioni diffuse e condivise nell'ambito della rete, fra di loro integrate anche sotto il profilo della fruibilità e dell'accessibilità;
- qualificare l'assistenza ospedaliera privilegiando prestazioni sempre meno invasive a parità di effetti sulla salute, organizzando gli spazi ospedalieri in funzione delle esigenze assistenziali del cittadino piuttosto che di quelle espresse dalla comunità curante, riducendo al minimo la permanenza del cittadino in sede ospedaliera attraverso il ricorso al day hospital, alla day care, alla day surgery ed all'attività chirurgica ambulatoriale, ottimizzando anche l'uso dell'ospedale per l'attività programmata, da concentrare nei primi cinque giorni della settimana, con lo sviluppo di logiche di utilizzo settimanale della struttura;
- esplicitare in modo sostanzialmente differenziato il ruolo della funzione ospedaliera per acuti, rispetto a quella in fase post acuta con finalità di carattere riabilitativo, di gestione della cronicità, di stabilizzazione e di mantenimento, quale ponte attivo della continuità assistenziale;
- chiarire i rapporti funzionali tra l'ospedale e le strutture ed i presidi territoriali, sia quelli di carattere residenziale o semiresidenziale – ospedali di comunità, alberghi sanitari, hospice, strutture

di riabilitazione, strutture residenziali intermedie, residenze sanitarie assistenziali, centri diurni, residenze protette – che quelli prettamente specialistici e di supporto – poliambulatori specialistici, consultori, diurni per prestazioni specialistiche, centri di riabilitazione, strutture per l'erogazione delle cure primarie e della continuità assistenziale, primi soccorsi e basi operative per l'emergenza territoriale, centri di servizi distrettuali;

2. *Innovazione tecnologica.* Dai dati delle più recenti rilevazioni sul patrimonio tecnologico del SSN, risulta che molte delle apparecchiature censite sono mal distribuite sul territorio nazionale e presentano un'obsolescenza a rischio. La qualità, la dislocazione e le modalità di utilizzazione del parco tecnologico costituiscono importanti fattori nell'erogazione di prestazioni appropriate, tempestive ed adeguate ai bisogni di salute. Le disponibilità finanziarie nuove possono quindi costituire occasione per un ammodernamento e aggiornamento del parco tecnologico, funzionale anche all'applicazione di nuove metodologie operative attraverso la progressiva introduzione di procedure e pratiche cliniche di minore invasività e di migliore gestione sotto il profilo clinico ed assistenziale e della riduzione del rischio. Tali innovazioni si qualificano positivamente anche in termini di miglioramento delle prognosi post intervento e di aumento della sicurezza dei processi assistenziali, consentendo di garantire una più moderna e tempestiva gestione del paziente che si traduce, sistematicamente, in una crescita di efficacia delle procedure ed in notevoli risparmi sui costi complessivi del settore sanitario, dal momento che diagnosi accurate e precoci consentono quasi sempre di ridurre in maniera rilevante i costi sanitari (e anche i costi sociali) della maggior parte delle patologie.

Particolare attenzione dovrà essere rivolta alla innovazione tecnologica nei programmi di screening mammografico. Dai dati relativi alla distribuzione delle apparecchiature di radiologia diagnostica e dei mammografi, in particolare, si rileva una certa disomogeneità tra il Nord e il Sud del Paese. Ciò determina un forte allungamento delle liste di attesa inducendo un ritardo sistematico nella fase di prima diagnosi della patologia neoplastica nelle strutture sanitarie delle Regioni meridionali. L'esame dei dati relativi alla soglia di sicurezza e di accettabilità clinica delle attrezzature di radiologia diagnostica, ed in particolare dei mammografi, evidenzia inoltre come tali attrezzature operino spesso oltre tali limiti.

La Conferenza Stato-Regioni ha stabilito che il programma di screening mammografico è un livello essenziale di assistenza ed ha definito il processo sanitario tipico di tale LEA. Il legislatore ha licenziato due provvedimenti normativi (legge 138 del 2004 e legge 296 del 2006, al comma 808 dell'articolo 1) per consolidare ed estendere il programma di screening, in particolare nelle regioni più svantaggiate. Lo sforzo di incremento dei programmi di screening si inserisce pertanto anche in

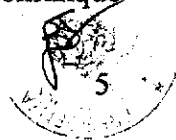
una logica di riequilibrio dei livelli assistenziali tra nord e sud del paese, con particolare riguardo alle zone più deprivate di strutture e più disperse come tessuto abitativo.

Per quanto attiene ai volumi di attività e alle dotazioni di mammografi, si risolve nei fatti una "criticità di struttura" che riguarda, nello specifico, la disponibilità effettiva di un numero di mammografi adeguato al prescritto incremento dei programmi e la risoluzione della carenza di mezzi mobili adeguati, funzionale a fornire un servizio nelle zone più deprivate di strutture ed a promuovere l'adesione alle campagne di screening delle popolazioni destinatarie. L'offerta inadeguata e non equa, aggiuntivamente a carenze di processo specifiche per la tecnologia attualmente in uso, pongono quindi la necessità di destinare risorse anche per la diffusione della mammografia, attraverso l'acquisto di mammografi digitali e la creazione di reti di trasmissioni dati, anche via satellite, nonché per l'acquisto di mezzi mobili per le zone disagiate. L'innovazione tecnologica nei programmi di screening consentirà di conseguire inoltre i seguenti obiettivi:

- a) adeguare la capacità di offerta di mammografie agli obiettivi di attività, identificati dalla Conferenza Stato - Regioni per i programmi di screening organizzati;
- b) archiviare in spazi fisici il più ridotti possibile gli esami radiologici e renderli disponibili, in tempo reale, agli operatori dei programmi di screening, mediante l'utilizzo di un mammografo digitale;
- c) permettere molteplici copie di uguali caratteristiche dell'esame mammografico mediante l'utilizzo di mammografo digitale;
- d) rendere disponibile "in-linea" un parere di medico radiologo remoto mediante la trasmissione satellitare di immagini digitali.

3. *Accreditamento.* Un obiettivo specifico è costituito dal completamento dei processi di accreditamento delle strutture pubbliche, con particolare riferimento alla messa a norma dei presidi ed al raggiungimento di adeguati standard di sicurezza nell'erogazione delle prestazioni, elementi che rappresentano punti di forza della rete pubblica dei servizi. Si tratta di dare nuovo alimento alle procedure di qualificazione del sistema che hanno registrato, proprio a causa di carenze finanziarie, rallentamenti in diverse realtà regionali.

4. *Qualificazione delle reti ospedaliere.* In attuazione del Patto per la salute è intenzione comune del Ministero e delle Regioni l'avvio di una ricerca che pervenga alla definizione di linee di indirizzo concernenti l'evoluzione strutturale, funzionale ed organizzativa dei presidi ospedalieri, e che individui gli assi portanti del loro collegamento in rete al fine di evitare sprechi per duplicazioni funzionali, razionalizzare i servizi offerti attraverso la loro integrazione in rete, migliorare la qualità delle prestazioni offerte. Nelle more di acquisire gli esiti di tale programma di lavoro, che comunque



richiederà adeguati tempi di realizzazione, si ritiene che già nell'immediato le iniziative regionali di riorganizzazione ospedaliera prendano in considerazione standard di dimensionamento dell'offerta, coerenti e non eccedenti quelli già definiti dagli atti di programmazione nazionale, valutino il grado di funzionalità delle reti ospedaliere esistenti prevedendone, ove necessario, una razionalizzazione, anche attraverso interventi di potenziamento delle funzioni condivise e di concentrazione di quelle di alta specialità e di elevato livello tecnologico e strumentale, salvaguardando altresì l'erogazione di servizi nelle aree di particolare disagio territoriale. Funzionale alla qualificazione della funzione ospedaliera è altresì l'intervento finalizzato a sperimentare nuove modalità organizzative innovative dei presidi dirette a garantire maggiore integrazione interprofessionale, la riduzione della durata delle degenze e lo sviluppo di attività alternative al ricovero ordinario.

5. *Potenziamento dei servizi territoriali.* Funzionale alla qualificazione della rete ospedaliera è l'intervento per un'organizzazione articolata e funzionale dei servizi territoriali. Tale intervento può assumere due direttrici portanti:

a) Azioni per il rafforzamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio, che determinino una riallocazione più appropriata di specifiche attività a bassa intensità assistenziale e ad alto impegno delle strutture ospedaliere, oggi garantite dai presidi ospedalieri, come supplenza impropria di altre funzioni di minor impegno assistenziale e con alti costi di gestione, attraverso la realizzazione di presidi e servizi territoriali, di carattere residenziale e non, alternativi a tale utilizzo improprio delle strutture ospedaliere;

b) Organizzazione sul territorio di un'adeguata rete di presidi in cui organizzare attività complesse che vedano l'integrazione delle funzioni pubbliche distrettuali col sistema delle cure primarie e dei medici di medicina generale. In tal senso l'attuazione del programma di investimenti si integra con il finanziamento aggiuntivo previsto per la sperimentazione di modelli innovativi tra cui la *casa della salute*;

L'insieme dei predetti obiettivi forniscono un quadro di riferimento rispetto al quale i piani regionali di investimento saranno valutati, pur nella specificità che ciascuno di loro presenterà in relazione alla situazione di partenza ed alle necessità di innovazione. Nella valutazione dei piani si terrà conto, inoltre, dell'adozione di "*misure significative di efficienza energetica e di produzione di energia da fonti rinnovabili e di risparmio idrico*" (art. 2, comma 281, legge n. 244 del 2007), nonché degli interventi per l'implementazione e l'ammodernamento dei sistemi informatici sulla base degli indirizzi riportati nel documento allegato alla presente proposta (ALLEGATO 2).

In particolare, va sottolineato che i piani regionali di investimento assumono un valore più stringente per quelle regioni interessate dai *piani di rientro*, orientando l'azione verso gli interventi




che secondo le direttrici delineate riescano a coniugare appropriatezza organizzativa del sistema dei servizi con le strategie di riduzione dei costi delineate nei piani stessi.

Per quanto sopra, sulla quota di 2.950.000.000,00 ripartita alle Regioni, per quanto compatibile con la programmazione regionale e nazionale, le stesse terranno conto delle priorità di seguito riportate:

- ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, finalizzato al potenziamento delle unità di risveglio dal coma (vedi Allegato 3);
- realizzazione di strutture residenziali e acquisizione di tecnologie per gli interventi territoriali dedicati alle cure palliative, ivi comprese quelle relative alle patologie degenerative neurologiche croniche invalidanti.

Si sottopone, pertanto, ai fini dell'acquisizione dell'Intesa, alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano l'unità proposta di deliberazione CIPE per il riparto delle ulteriori risorse finanziarie stanziata dalla legge 24 dicembre 2007, n. 244, per la prosecuzione del programma nazionale straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, e successive modificazioni.

per IL MINISTRO



PROPOSTA DELIBERAZIONE CIPE
PROGRAMMA INVESTIMENTI ART. 20 LEGGE 67/1988
RIPARTO RISORSE LEGGE 244/2007 (Finanziaria 2008)

REGIONI	RISORSE ASSEGNATE
PIEMONTE	185.444.700,96
VALLE D'AOSTA	6.682.366,40
LOMBARDIA	414.285.419,47
P.A.BOLZANO	25.923.974,51
P.A.TRENTO	27.186.770,85
VENETO	205.189.801,72
FRIULI V.G.	52.931.198,10
LIGURIA	83.528.060,51
E. ROMAGNA	207.231.703,24
TOSCANA	203.565.374,18
UMBRIA	45.861.902,22
MARCHE	61.364.785,48
LAZIO	215.370.695,04
ABRUZZO	72.925.444,02
MOLISE	18.356.862,42
CAMPANIA	312.687.004,42
PUGLIA	221.063.542,96
BASILICATA	40.226.909,22
CALABRIA	107.967.363,62
SICILIA	332.275.508,97
SARDEGNA	109.930.611,70
TOTALE	2.950.000.000,00
<p><i>Quota riservata per:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - potenziamento e creazione di unità di terapia intensiva neonatale (TIN) e acquisto di nuove metodiche analitiche, basate sulla spettometria di massa tandem, per effettuare screening neonatali allargati, per patologie metaboliche ereditarie - € 10.000.000,00. - Istituti zooprofilattici sperimentali - € 20.000.000,00. - attrezzature e tecnologie per la medicina penitenziaria - € 10.000.000,00. - interventi urgenti individuati dal Ministro della salute - € 10.000.000,00. 	50.000.000,00

ALLEGATO 1 alla proposta di riparto delle risorse finanziarie per la prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità ex art. 20 L. 67/88: art. 2, comma 279, l. 244/2007.

Obiettivi Strategici In Materia Assistenza Neonatale E Di Potenziamento Degli Screening Neonatali

Il potenziamento e la realizzazione di nuove unità di terapia intensiva neonatale

Fra gli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza e di efficace risposta alle esigenze sanitarie della popolazione previsti dal Piano sanitario nazionale vi è quello riguardante la tutela della salute materno-infantile. Anche il recente complesso di azioni messe in atto dal Ministero della Salute per la promozione e la tutela della salute delle donne e dei bambini pone al centro del dibattito il miglioramento dell'assistenza e dei livelli di cura offerti dal servizio.

Negli ultimi anni in Italia si assiste ad una tendenza all'innalzamento dell'età media al parto. I dati provenienti dai certificati di assistenza al parto del 2004 confermano una percentuale di oltre il 50% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni per le donne italiane, con elevata percentuale di parti pre-termine pari al 6,6%, di cui l'1,2% è rappresentato da parti fortemente pre-termine. Occorre inoltre sottolineare che i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano circa il 2% dei casi.

Per il prossimo futuro si prevede un'ulteriore crescita del fenomeno dei nati pre-termine e fortemente pre-termine, che è associato, tra l'altro, ad un'elevata età materna al parto e al ricorso alla fecondazione assistita.

La prematurità e le condizioni correlate rappresentano inoltre la prima causa di mortalità infantile; quest'ultima, nella sua forma grave è associata all'insorgere di numerose patologie sia a breve che a lungo termine, con danni che vanno da disabilità importanti come la paralisi cerebrale, il ritardo mentale, la broncodisplasia, la cecità e la sordità, a disabilità media e lieve con problemi della sfera motoria e posturale, riduzione delle abilità cognitive, linguistiche e scarsa performance globale dell'apprendimento scolastico, problemi emotivi, relazionali e disturbi del comportamento.

Proprio in considerazione di garantire che i neonati pre-termine e di peso molto basso, che hanno un rischio particolarmente alto di mortalità e danni permanenti, ricevano assistenza adeguata, la finanziaria stanziata pertanto le relative risorse.

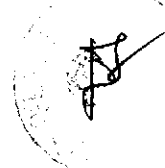
Il potenziamento degli screening neonatali per patologie metaboliche ereditarie

Le malattie metaboliche ereditarie sono prevalentemente malattie rare e colpiscono i bambini nei primi anni di vita, ma possono esordire anche in età giovanile o adulta; sono gravi e progressivamente invalidanti e, se non riconosciute in tempo utile, provocano spesso gravi handicap fisici e mentali e nella maggior parte dei casi una morte precoce.

Attraverso attività di screening al momento della nascita, si possono identificare alcune di queste malattie prima che queste si manifestino clinicamente, così da limitare danni irreparabili. In Italia la normativa prevede di introdurre lo screening neonatale per l'ipotiroidismo congenito, la fibrosi cistica e la fenilchetonuria.

La Commissione Europea nella raccomandazione 18, relativa alle malattie rare, raccomanda che «...*gli Stati membri istituiscano in via prioritaria uno screening neonatale generalizzato per le malattie rare ma gravi, per le quali esista una cura ...*».

Proprio in relazione al perseguimento di tali obiettivi strategici la legge finanziaria 2008 prevede l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, destinati proprio all'acquisto di nuove metodiche analitiche, basate sulla spettrometria di "massa tandem", per effettuare screening neonatali allargati, per patologie metaboliche ereditarie, per la cui terapia esistono evidenze scientifiche efficaci.



ALLEGATO 2 alla proposta di riparto delle risorse finanziarie
per la prosecuzione del programma
nazionale di investimenti in sanità ex art.
20 l. 67/88: art. 2, comma 279, L. 244/2007.

Linee guida per la definizione delle priorità di intervento relative all'implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e per l'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle Regioni.

Per "l'implementazione e ammodernamento dei sistemi informatici delle aziende sanitarie ed ospedaliere e per l'integrazione dei medesimi con i sistemi informativi sanitari delle regioni" si individuano di seguito gli indirizzi di riferimento per l'identificazione delle priorità di intervento da perseguire.

Premessa

L'applicazione e la necessità di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza a fronte dei finanziamenti a livello nazionale e la ricerca di soluzioni per la migliore efficacia dei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie pone ai diversi livelli del sistema sanitario due esigenze:

- disporre di dati, con caratteristiche di qualità e tempestività sempre crescenti, in grado di supportare i processi di valutazione e di governo attraverso **sistemi informativi in grado di garantire i Livelli Essenziali di Informazione** (in seguito *LEI*);
- disporre di **sistemi informativi che supportino i processi di miglioramento** a livello locale e che, a fronte di una modifica di tipo organizzativo, supportino l'effettiva realizzazione della stessa, come ad esempio i sistemi informativi di laboratorio (concentrazione degli esami e decentramento dei prelievi), e i sistemi informativi per la radiologia (centralizzazione della refertazione e standardizzazione della stessa).

Sistemi informativi in grado di garantire i Livelli Essenziali di Informazione

L'attuale scenario sanitario (l'esperienza dei "Mattoni del SSN" ed il NSIS da un lato e le Regioni in disavanzo dall'altro) rende evidente il crescente bisogno di disporre di set minimi di informazione condivisi a livello nazionale in grado di esprimere il contenuto dell'assistenza erogata in relazione alle dinamiche di bilanciamento tra costi e qualità. In questa ottica lo sviluppo dei sistemi informativi a livello territoriale e regionale, deve garantire la disponibilità, la qualità e la tempestività dei dati che, a partire dal livello locale, devono essere garantiti al livello regionale e condivisi a livello nazionale. Affinché ciò avvenga sarà necessario supportare lo sviluppo di:

- **Piattaforme di interscambio dei dati con software esistenti.** Favorire l'implementazione e l'ammodernamento dei sistemi informativi, intermedi tra livello locale e livello regionale, finalizzati alla messa a disposizione e alla circolazione dei dati tra i sistemi che gestiscono i processi amministrativi e di erogazione dei servizi e quelli di analisi dei dati finalizzati alla gestione delle informazioni per il governo del sistema sanitario regionale. Tali sistemi dovranno in particolare riguardare quegli ambiti di assistenza che presentano un maggior deficit in termini di contenuti informativi necessari al monitoraggio;

- **Interfacce tra piattaforme e software esistenti.** Promuovere l'adeguamento degli applicativi già esistenti a livello locale per accrescere le potenzialità connesse alla generazione e la conseguente messa a disposizione dei dati in tempo reale;
- **Software di informatizzazione di aree scoperte.** Promuovere la diffusione di nuovi applicativi finalizzati al supporto dei processi di erogazione e gestione dei servizi in ambiti assistenziali ove si denota una limitata gestione informatizzata (quali, ad esempio, l'assistenza residenziale e semiresidenziale, l'assistenza domiciliare) al fine di favorire la standardizzazione dei processi stessi;
- **Sistemi per miglioramento della qualità dei dati.** Potenziare i sistemi finalizzati al controllo della quantità, qualità e completezza dei dati condivisi tra il livello locale e quello regionale.

Con particolare riferimento alle Regioni impegnate nell'attuazione di Piani di Rientro per il perseguimento dell'equilibrio economico (ai sensi dell'articolo 1 comma 180 legge 30 dicembre 2004, n 311) in aggiunta ai suddetti criteri di indirizzo si individua come prioritario lo sviluppo di sistemi informativi per il potenziamento dei processi di raccolta, verifica e gestione delle informazioni a livello regionale finalizzate alle esigenze di monitoraggio dei parametri di efficienza ed appropriatezza e più in generale alle necessità di verifica dei progressivi risultati di rientro dal disavanzo.

Le piattaforme di interscambio con software esistenti

Rispetto alla necessità prioritaria delle Regioni di governare il sistema sanitario attraverso la verifica dell'erogazione dell'assistenza su tutti i livelli di assistenza (punto di vista clinico) e la compatibilità con le risorse finanziarie (punto di vista organizzativo/gestionale), le piattaforme di interscambio dei dati dovranno permettere di incrementare i dati codificati gestiti dai sistemi informativi sanitari a livello locale e regionale, garantendo:

- la **tempestività** delle informazioni attraverso la raccolta in tempo reale di tutti i dati del percorso sanitario del paziente e la gestione del processo di validazione dei dati;
- la **circolazione del dato** intesa come disponibilità per i MMG e le ASL / AOU dei dati relativi alle prestazioni ovunque erogate ai propri assistiti;
- la condivisione di un **sistema di regole strutturato** attivo al livello locale della generazione del dato;

A tal fine la piattaforma dovrà sostanzialmente in:

- un sistema in grado di gestire i principali **dizionari** del SSR (anagrafica assistibili, strutture, prestazioni e prescrittori);
- un sistema in grado di condividere in tempo reale, attraverso opportuna **grammatica**, i singoli eventi che caratterizzano il percorso assistenziale di un cittadino.

In particolare la piattaforma dovrà concentrarsi nei primi anni sull'attività di ricovero, sulla specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata, sulla distribuzione diretta di farmaci, sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali e sull'assistenza domiciliare.

Interfacce tra piattaforma e software esistenti

Al fine di poter condividere i dati già disponibili grazie ai software esistenti a livello locale sarà necessario promuovere l'evoluzione degli stessi al fine di interagire con le piattaforme regionali per condividere:

- i **dati** disponibili permettendo ove necessario la validazione *ex post* degli stessi;

- le **regole** per la verifica in tempo reale della generazione e della qualità dei dati.

Delle due esigenze sopra espresse particolarmente strategica sarà la condivisione delle regole tra i sistemi. In particolare si ritiene necessario che l'evoluzione delle interfacce tra piattaforma e software esistenti segua un percorso evolutivo così sintetizzabile:

- in una fase iniziale i sistemi locali dovranno garantire l'interfacciamento con la piattaforma affinché siano possibili **controlli in real time** all'inserimento del dato;
- a regime i sistemi locali dovranno garantire l'interfacciamento con la piattaforma che consenta in periferia la **definizione di nuove regole attraverso un sistema di creazione guidata**.

Software di informatizzazione di aree scoperte

Per quanto riguarda i software di informatizzazione delle aree scoperte si fa riferimento in particolare allo sviluppo di applicativi per la gestione in tempo reale degli eventi relativi a due particolari livelli di assistenza:

- le **prestazioni residenziali e semiresidenziali**: si intende il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di idonee strutture accreditate;
- le prestazioni in **Assistenza Domiciliare Integrata**: si intendono tutte le prestazioni sociosanitarie effettuate in maniera programmata a domicilio del paziente da operatori afferenti al livello distrettuale di assistenza.

Sistemi per il miglioramento della qualità dei dati

Per il miglioramento della qualità dei dati sarà necessario sviluppare due sistemi complementari:

- un sistema di analisi dei dati disponibili che metta i fruitori del sistema nelle condizioni di avere indicazioni circa la qualità del dato congiuntamente alle analisi di business;
- un sistema in grado di irrorare i sistemi informativi locali con le regole necessarie affinché i dati nascano di qualità.

I sistemi di analisi della qualità dei dati dovranno garantire:

- controlli di qualità;
- controlli di quantità.

I controlli di qualità si distinguono in:

- controllo di *datatype*;
- verifica di integrità e validità del dato o controllo di dominio;
- verifica di coerenza dei contenuti informativi;
- verifica di rispetto della tempistica degli invii;

A titolo di esempio si propongono i seguenti controlli di quantità:

- verifica di mancata alimentazione;
- verifica di differenziale alimentazione rispetto al passato.

Per quanto riguarda invece i sistemi di condivisione delle regole sarà necessario che questi sistemi permettano di impostare, sia a livello regionale che a livello locale ed in modo intuitivo, un insieme di regole di compilazione integrabili con quelle già previste a livello nazionale.

La massima intuitività è il punto focale, attorno a cui ruota il funzionamento del sistema di creazione delle regole. Le regole, una volta ideate, dovrebbero essere inserite in linguaggio comune, con una procedura guidata, vincolata ad un sistema "punta e clicca", nel quale le parole chiave e le funzioni sono suggerite dal sistema oppure create ed importate dall'utente. Una tale flessibilità del sistema garantirà una riduzione dei costi di manutenzione, ad esempio relativa all'adattamento della configurazione da parte di un tecnico. Se la lettura di una regola risulta intuitiva è ragionevole prevedere che anche la sua estensione, modifica o cancellazione possano essere alla portata della collettività di utenti e non solo la sua creazione *ex novo*. Sarà ovviamente necessario prevedere un sistema di validazione delle regole a livello regionale nonché un sistema di gestione dei conflitti (regole contrastanti proposte da utenti diversi).

Sistemi informativi a supporto dei processi di miglioramento

Per un sistema sanitario nazionale / regionale il cui obiettivo primario è il miglioramento dello stato di salute della popolazione, è necessario disporre, progressivamente, di strumenti che consentano di superare progressivamente la logica della frammentazione, per sposare invece quella della coesione, delle integrazioni tra specialità, della multidisciplinarietà, della completezza dei percorsi diagnostico terapeutici e dell'innovazione dei servizi erogati.

I sistemi informativi devono, quindi, essere progettati e realizzati nel rispetto di tali logiche.

Per il raggiungimento di tali ambiziosi obiettivi si rende necessaria, in prima istanza, la disponibilità di sistemi informativi in grado di generare, gestire e trattare, sottoforma di singoli eventi ed in ottica di efficientamento dei processi cui sottendono, i dati derivanti dall'operatività che si sviluppa sia a livello aziendale, sia a livello sovra - aziendale. Tali sistemi informativi devono inoltre essere in grado, a fronte di una modifica di tipo organizzativo, di consentirne agevolmente l'effettiva realizzazione, con tempi e costi minimi.

La progettazione e l'implementazione dei sistemi informativi clinico-sanitari non può peraltro prescindere da un vasto e complesso processo di riorganizzazione dei processi interessati, soprattutto in chiave di efficientamento degli stessi (*process reengineering process driven vs. process reengineering IT driven*).

Per le attività di progettazione ed implementazione dei sistemi informativi in ambito clinico-sanitario è quindi opportuno seguire i seguenti passi:

- analizzare e ridisegnare i processi di lavoro, e l'organizzazione, in funzione della specificità del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta
- definire le specifiche funzionali e tecnologiche dei sistemi informativi di supporto ai processi di lavoro;
- implementare, parametrizzare e/o contestualizzare coerentemente i sistemi informativi.

È inoltre opportuno considerare che l'introduzione di sistemi informativi in ambito clinico-sanitario rappresenta molto di più di un semplice cambiamento delle modalità operative di lavoro. Infatti, l'introduzione di sistemi informativi ed informatici costituisce un profondo cambiamento in termini di organizzazione e di modalità di gestione dei processi di lavoro delle Unità che erogano servizi, con impatti in termini di attività, operazioni e specifiche operative, definendo tempi di esecuzione e distribuzione del lavoro, tra le varie figure professionali, diversi rispetto alle modalità

tradizionali di lavoro. Di seguito sono indicate le priorità individuate per lo sviluppo di sistemi informativi ed informatici a supporto dei processi clinico-sanitari, a livello sia aziendale che sovra-aziendale, in un'ottica di centralità dei processi di lavoro, con una particolare focalizzazione sugli aspetti di efficientamento degli stessi:

- sistemi informativi per la gestione dell'Anagrafe degli assistiti / assistibili in grado di interagire ad evento con l'anagrafica unica regionale;
- sistemi informativi di gestione delle degenze in grado di monitorare nell'ambito del processo di cura del paziente gli eventi rilevanti caratterizzanti il ricovero;
- sistemi informativi per la gestione della specialistica ambulatoriale integrati a livello di territorio di competenza;
- sistemi informativi di laboratorio per favorire il processo di concentrazione degli esami e di decentramento dei prelievi;
- sistemi informativi per la gestione dell'Area di Diagnostica per Immagini per favorire la centralizzazione della refertazione e la standardizzazione della stessa;
- sistemi informativi a supporto dell'integrazione e della operatività dei Centri di riferimento per le prestazioni ad elevata specializzazione (*second opinion*, consulenza, teleconsulto);
- sistemi informativi di gestione del Pronto Soccorso e 118.

In fase di progettazione dovranno essere considerati altresì gli ambienti tecnologici che caratterizzano le singole Aziende / contesti sovra-aziendali, al fine di definire gli opportuni livelli e modalità di integrazione e cooperazione applicativa, sia a livello intraregionale, sia regionale, sia nazionale. È opportuno che siano previsti ed adottati, a tali fini, opportuni standard sia per l'integrazione e la cooperazione con il livello nazionale, sia di mercato per l'interoperabilità, la memorizzazione, l'integrazione, la rappresentazione (quali HL7, DICOM). Le progettualità proposte dovranno rendere oggettivo il beneficio conseguibile in termini di efficientamento dei processi interessati. A tali fini dovranno essere corredate, ad un primo ma indicativo livello di dettaglio, delle seguenti informazioni:

- Analisi e modellizzazione (processi di lavoro, risorse umane, tecnologie, sistemi informativi);
- Definizione del modello di integrazione (tra i sistemi informativi aziendali, sovra-aziendali, regionali, nazionali);
- Identificazione ed analisi delle criticità;
- Reingegnerizzazione dei processi di lavoro e macro-progettazione dei sistemi informativi clinico-sanitari (funzioni richieste, qualificazione e quantificazione dell'HW);
- Analisi costi - benefici.

Le priorità di intervento ed investimento qui definite, inerenti i processi di efficientamento, sono altresì da ritenersi di secondaria importanza rispetto alla realizzazione di sistemi informativi con i quali garantire i Livelli Essenziali di Informazione. Conseguentemente, l'attivazione di progettualità a supporto dei processi di efficientamento, saranno prese in considerazione unicamente per quelle realtà che siano in grado di generare e condividere i LEI con adeguata qualità e tempestività.

ALLEGATO 3 alla proposta di riparto delle risorse finanziarie per la prosecuzione del programma nazionale di investimenti in sanità ex art. 20 l. 67/88: art. 2, comma 279 l. 244/2007.

Il potenziamento delle “Unità di risveglio dal coma”

Come si evince dai lavori prodotti dalla Commissione tecnico-scientifica “Stato vegetativo e stato di minima coscienza”, l’approccio assistenziale e riabilitativo alle persone con gravi cerebrolesioni acquisite e ai cittadini con condizioni di bassa responsività, dovuta ad un danno delle strutture cerebrali, rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale poiché il numero e l’aspettativa di vita di tali soggetti sono in progressivo aumento in tutti i paesi industrializzati. Tali effetti sono legati a due fattori paralleli: da un lato il progresso delle conoscenze e delle tecniche nel campo della Rianimazione e dall’altro il miglioramento della qualità dell’assistenza.

In merito alle gravi cerebrolesioni acquisite, la stima è che in Italia vi siano ogni anno 10-15 nuovi casi su 100.000 abitanti, con una prevalenza stimata di 150.000 casi sul territorio nazionale, mentre i casi di pazienti in condizioni di bassa responsività esistenti in Italia sono oggi stimati in circa 1500, con un numero destinato a crescere, sia in considerazione dell’accresciuta precocità ed estensione sul territorio della medicina d’emergenza-urgenza, che della prolungata sopravvivenza a patologie degenerative cerebrali ad andamento ingravescente.

Appare pertanto necessario potenziare il numero e implementare la qualità delle strutture che sono chiamate a gestire queste situazioni di disabilità ad ogni livello, in considerazione del profondo impatto psicologico ed operativo sulla famiglia e sul team di assistenza che tali situazioni comportano. In particolare, si prevede che il finanziamento predisposto dalla finanziaria promuoverà gli interventi nel settore specifico con l’intento di supportare le iniziative in corso per garantire adeguate risposte ai bisogni dei cittadini, costituendo anche utile strumento per assicurare al paziente, in modo uniforme sul territorio nazionale, adeguati livelli essenziali di assistenza attraverso lo sviluppo appropriato di una rete di “Unità di Risveglio dal coma”.

Queste ultime permettono l’accoglimento dei pazienti più complessi in continuità con un percorso riabilitativo previsto all’interno delle Unità per le Gravi Cerebrolesioni: in tali unità potranno essere garantite, sulla base degli indirizzi della programmazione regionale, competenze, organizzative e professionali, e spazi attrezzati in grado di agevolare il recupero della coscienza attraverso una regolazione degli stimoli, prendendosi contemporaneamente carico del nucleo familiare con programmi educativi e di sostegno.

Appositi moduli assistenziali, denominati “Unità per lo stato vegetativo e quello di minima coscienza” inseriti nelle Unità per la cura delle gravi cerebrolesioni, hanno come mandato quello di ricoverare questi pazienti in fase precoce accorciando i tempi di ricovero nei Centri di Rianimazione e nelle unità subintensive per pazienti in coma; per rispondere a questo mandato non è opportuno che tali reparti ospitino i medesimi pazienti anche in fase di cronicità.

I pazienti che, dopo congrui periodi di cura e riabilitazione permangono nelle Unità per Stato vegetativo e stato di minima coscienza, possono invece essere trasferiti secondo gli indirizzi regionali in materia di continuità assistenziale:

- in reparti di riabilitazione estensiva, quando: l’inquadramento diagnostico sia esaurito, il programma terapeutico definito ed il quadro clinico sia stabilizzato, e si presenti inoltre una “indimissibilità clinica”, con necessità di ulteriori passaggi ospedalieri di minor intensità riabilitativa;
- in strutture di accoglienza definitiva, definite dalla programmazione regionale;
- a domicilio del paziente, in regime assistenziale programmato.

CRITERI	%	PARAMETRI DI RIFERIMENTO	NOTE
Innovazione tecnologica sulle strutture del SSN, con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo della oncologia e delle malattie rare	15,0%	Mortalità per cause oncologiche	
Superamento divario Nord / Sud;	13,5%	Popolazione residente	Per le 8 Regioni del Meridione (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna)
Possibilità per le Regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva	3,0%	Accordi di Programma per i quali sia stata completamente autorizzata la spesa o con i quali siano state interamente esaurite le disponibilità per sottoscrivere Accordi	Per le Regioni che hanno sottoscritto Accordi per tutta la disponibilità assegnata, nella misura dell'1,5 % (come nel precedente riparto) per quelle che hanno utilizzato l'intero importo degli Accordi sottoscritti (P.A. Bolzano, P.A. Trento, Toscana, Umbria) e dell' 1,5 % per quelle Regioni che nel 2007 hanno esaurito le disponibilità per sottoscrivere Accordi, e alle quali non è stata ancora autorizzata la spesa per l'intero importo sottoscritto (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna)
Messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14/1/1997	30,0%	Dotazione teorica posti letto (4,5 per 1000 abitanti)	
Premialità per le Regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti per una quota pari al 10%.	10,0%	Importo totale degli accordi sottoscritti (Tempestività nella programmazione) Importo totale delle autorizzazioni di spesa (Tempestività nell'attuazione)	Alle Regioni che hanno un rapporto tra importo sottoscritto e importo assegnato per Accordi superiore alla media nazionale (media nazionale = 80,95 %). Tali Regioni sono: Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata, Sicilia, Sardegna. Alle Regioni che hanno un rapporto tra spesa autorizzata e importo degli Accordi sottoscritti superiore alla media nazionale (media nazionale = 77,40 %) . Tali Regioni sono: Piemonte, Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna.
Esigenze generali	28,5%	Peso assegnato nella ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (anno 2006)	



REGIONI	INNOVAZIONE TECNOLOGICA	DIVARIO NORD- SUD	PROGRAM. AGGIUNT.	REQUISITI MINIMI	PREMIALITA' (TEMPI)	ESIGENZE GENERALI	QUOTA REGIONALE	PESO
	15,00%	13,50%	3,00%	30,00%	10,00%	28,50%		
Piemonte	8,62%	0,00%	0,00%	7,41%	6,11%	7,58%	185.444.700,96	6,29%
Valle d'Aosta	0,26%	0,00%	0,00%	0,21%	0,64%	0,21%	6.682.366,40	0,23%
Lombardia	17,63%	0,00%	25,86%	16,07%	13,28%	16,06%	417.285.419,47	14,15%
P.A. Bolzano	0,75%	0,00%	4,85%	0,82%	1,48%	0,80%	25.923.974,51	0,88%
P.A. Trento	0,78%	0,00%	5,09%	0,85%	1,55%	0,85%	27.186.770,85	0,92%
Veneto	8,18%	0,00%	13,03%	8,04%	6,69%	8,04%	206.189.801,72	6,99%
Friuli Venezia Giulia	2,74%	0,00%	0,00%	2,06%	1,61%	2,12%	52.931.198,10	1,79%
Liguria	3,81%	0,00%	0,00%	2,72%	6,23%	2,88%	83.528.060,51	2,83%
Emilia Romagna	8,59%	0,00%	11,11%	7,10%	12,26%	7,30%	208.231.703,24	7,06%
Toscana	7,25%	0,00%	36,16%	6,15%	11,04%	6,35%	204.565.374,18	6,93%
Umbria	1,62%	0,00%	3,91%	1,47%	1,19%	1,51%	39.861.902,22	1,35%
Marche	2,62%	0,00%	0,00%	2,60%	1,50%	2,66%	61.364.785,48	2,08%
Lazio	8,78%	0,00%	0,00%	9,01%	7,22%	8,97%	215.370.695,04	7,30%
Abruzzo	2,13%	6,26%	0,00%	2,22%	0,00%	2,25%	72.925.444,02	2,47%
Molise	0,49%	1,55%	0,00%	0,55%	0,14%	0,56%	18.356.862,42	0,62%
Campania	7,71%	27,90%	0,00%	9,90%	0,00%	9,49%	312.687.004,42	10,60%
Puglia	5,50%	19,61%	0,00%	6,96%	0,00%	6,79%	221.063.542,96	7,49%
Basilicata	0,83%	2,88%	0,00%	1,02%	2,56%	1,01%	40.226.909,22	1,36%
Calabria	2,39%	9,68%	0,00%	3,44%	0,00%	3,38%	107.967.363,62	3,66%
Sicilia	6,90%	24,16%	0,00%	8,57%	19,99%	8,40%	332.275.508,97	11,26%
Sardegna	2,42%	7,95%	0,00%	2,82%	6,50%	2,78%	109.930.611,70	3,73%
TOTALE	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	2.950.000.000,00	100,00%

REGIONI	MORTALITA' 2002 (TUMORI)	POPOLAZIONE 2002	MORTI 2002 (TUMORI)	PESO
Piemonte	33,08	4.213.294	13.938	0,0862
Valle d'Aosta	34,68	119.546	415	0,0026
Lombardia	31,55	9.033.602	28.501	0,1763
P.A. Bolzano	26,34	463.207	1.220	0,0075
P.A. Trento	26,34	477.359	1.257	0,0078
Veneto	29,19	4.529.823	13.223	0,0818
Friuli Venezia Giulia	37,43	1.183.603	4.430	0,0274
Liguria	39,21	1.570.004	6.156	0,0381
Emilia Romagna	34,84	3.984.526	13.882	0,0859
Toscana	33,53	3.497.042	11.726	0,0725
Umbria	31,61	826.196	2.612	0,0162
Marche	28,83	1.471.123	4.241	0,0262
Lazio	27,76	5.117.075	14.205	0,0878
Abruzzo	27,29	1.262.379	3.445	0,0213
Molise	24,97	320.467	800	0,0049
Campania	21,87	5.701.389	12.469	0,0771
Puglia	22,12	4.019.500	8.891	0,0550
Basilicata	22,44	597.468	1.341	0,0083
Calabria	19,27	2.009.623	3.873	0,0239
Sicilia	22,48	4.965.669	11.163	0,0690
Sardegna	24,00	1.630.847	3.914	0,0242
TOTALE			161.700	1,0000

REGIONI	POPOLAZIONE MERIDIONALE	PESO
---------	----------------------------	------

Piemonte	0	0
Valle d'Aosta	0	0
Lombardia	0	0
P.A. Bolzano	0	0
P.A. Trento	0	0
Veneto	0	0
Friuli Venezia Giulia	0	0
Liguria	0	0
Emilia Romagna	0	0
Toscana	0	0
Umbria	0	0
Marche	0	0
Lazio	0	0
Abruzzo	1.299.272	6,26%
Molise	321.953	1,55%
Campania	5.788.986	27,90%
Puglia	4.068.167	19,61%
Basilicata	596.546	2,88%
Calabria	2.009.268	9,68%
Sicilia	5.013.081	24,16%
Sardegna	1.650.052	7,95%
TOTALE	20.747.325	100,00%



REGIONI	IMPORTO DISPONIBILE PER ACCORDI	IMPORTO SOTTOSCRITTO	IMPORTO COMPLETAMENTE UTILIZZATO	IMPORTO SOTTOSCRITTO	IMPORTO COMPLETAMENTE UTILIZZATO	IMPORTO COMPLETAMENTE UTILIZZATO	
Piemonte	697.189.373,51	510.508.397,98	0,00	0,00%	510.508.397,98	0,00	0,00%
Valle d'Aosta	31.460.246,57	29.440.926,57	0,00	0,00%	29.440.926,57	0,00	0,00%
Lombardia	1.341.224.253,20	864.276.296,37	0,00	0,00%	1.341.224.253,20	1.341.224.253,20	51,72%
P.A. Bolzano	67.688.907,21	67.688.907,21	67.688.907,21	9,70%	67.688.907,21		0,00%
P.A. Trento	70.937.007,53	70.937.007,53	70.937.007,53	10,17%	70.937.007,53		0,00%
Veneto	675.557.644,42	440.872.888,06	0,00	0,00%	675.557.644,42	675.557.644,42	26,05%
Friuli Venezia Giulia	194.650.465,74	150.955.889,83	0,00	0,00%	150.955.889,83	0,00	0,00%
Liguria	340.300.936,36	285.924.972,11	0,00	0,00%	284.438.002,00	0,00	0,00%
Emilia Romagna	576.320.891,73	530.886.236,50	0,00	0,00%	576.319.342,36	576.320.891,73	22,23%
Toscana	504.384.126,26	504.384.126,26	504.384.126,26	72,31%	504.384.126,26		0,00%
Umbria	54.495.499,21	54.495.499,21	54.495.499,21	7,81%	54.495.499,21		0,00%
Marche	217.378.153,11	126.771.481,49	0,00	0,00%	125.470.217,66	0,00	0,00%
Lazio	834.879.758,46	632.371.656,29	0,00	0,00%	630.413.624,66	0,00	0,00%
Abruzzo	226.340.309,08	28.735.466,94	0,00	0,00%	52.196.959,02	0,00	0,00%
Molise	94.358.741,07	11.772.891,75	0,00	0,00%	11.772.891,75	0,00	0,00%
Campania	1.153.943.867,84	651.488.157,48	0,00	0,00%	649.226.941,04	0,00	0,00%
Puglia	796.637.135,36	224.006.114,91	0,00	0,00%	640.229.424,91	0,00	0,00%
Basilicata	130.168.830,16	117.341.084,92	0,00	0,00%	117.340.439,34	0,00	0,00%
Calabria	410.749.217,44	61.086.564,38	0,00	0,00%	239.701.717,44	0,00	0,00%
Sicilia	1.190.625.975,57	1.033.059.463,56	0,00	0,00%	1.026.736.171,87	0,00	0,00%
Sardegna	346.695.304,09	333.391.361,15	0,00	0,00%	300.705.320,46	0,00	0,00%
TOTALE	9.955.986.643,92	6.730.395.390,50	697.505.540,21	100,00%	8.059.743.704,17	2.593.102.789,34	100,00%

REGIONI	POPOLAZIONE	P.L. TEORICI	PESO
Piemonte	4.330.172	19.486	7,41%
Valle d'Aosta	122.868	553	0,21%
Lombardia	9.393.092	42.269	16,07%
P.A. Bolzano	477.067	2.147	0,82%
P.A. Trento	497.546	2.239	0,85%
Veneto	4.699.950	21.150	8,04%
Friuli Venezia Giulia	1.204.718	5.421	2,06%
Liguria	1.592.309	7.165	2,72%
Emilia Romagna	4.151.369	18.681	7,10%
Toscana	3.598.269	16.192	6,15%
Umbria	858.938	3.865	1,47%
Marche	1.518.780	6.835	2,60%
Lazio	5.269.972	23.715	9,01%
Abruzzo	1.299.272	5.847	2,22%
Molise	321.953	1.449	0,55%
Campania	5.788.986	26.050	9,90%
Puglia	4.068.167	18.307	6,96%
Basilicata	596.546	2.684	1,02%
Calabria	2.009.268	9.042	3,44%
Sicilia	5.013.081	22.559	8,57%
Sardegna	1.650.052	7.425	2,82%
TOTALE	58.462.375	263.081	100,00%

gh

135

REGIONI	Disponibilità Accordi	Accordi sottoscritti	Importi considerati per la premialità alla programmazione	P1	Finanziamenti autorizzati	Importi considerati per la premialità all'attuazione	P2	Peso (P1 + P2)
Piemonte	697.189.373,51	510.508.397,98	0,00	0,00%	509.090.294,76	509.090.294,76	12,21%	6,11%
Valle d'Aosta	31.460.246,57	29.440.926,57	29.440.926,57	0,58%	29.440.926,57	29.440.926,57	0,71%	0,64%
Lombardia	1.341.224.253,20	1.341.224.252,37	1.341.224.252,37	26,56%	922.728.999,06	0,00	0,00%	13,28%
P.A. Bolzano	67.688.907,21	67.688.907,21	67.688.907,21	1,34%	67.688.907,21	67.688.907,21	1,62%	1,48%
P.A. Trento	70.937.007,53	70.937.007,53	70.937.007,53	1,40%	70.937.007,53	70.937.007,53	1,70%	1,55%
Veneto	675.557.644,42	675.557.644,70	675.557.644,70	13,38%	430.266.566,85	0,00	0,00%	6,69%
Friuli Venezia Giulia	194.550.465,74	150.955.889,83	0,00	0,00%	134.482.087,72	134.482.087,72	3,23%	1,61%
Liguria	340.300.936,36	284.438.002,00	284.438.002,00	5,63%	284.266.280,08	284.266.280,08	6,82%	6,23%
Emilia Romagna	576.320.891,73	576.319.342,36	576.319.342,36	11,41%	546.122.332,49	546.122.332,49	13,10%	12,26%
Toscana	504.384.126,26	504.384.126,26	504.384.126,26	9,99%	504.384.126,26	504.384.126,26	12,10%	11,04%
Umbria	54.495.499,21	54.495.499,21	54.495.499,21	1,08%	54.494.675,50	54.494.675,50	1,31%	1,19%
Marche	217.378.153,11	125.470.217,66	0,00	0,00%	125.470.218,36	125.470.218,36	3,01%	1,50%
Lazio	834.379.758,46	630.413.624,66	0,00	0,00%	601.581.553,44	601.581.553,44	14,43%	7,22%
Abruzzo	226.340.309,08	52.196.959,02	0,00	0,00%	28.735.466,95	0,00	0,00%	0,00%
Molise	94.358.741,07	11.772.891,75	0,00	0,00%	11.772.891,75	11.772.891,75	0,28%	0,14%
Campania	1.153.943.867,84	649.226.941,04	0,00	0,00%	402.561.675,72	0,00	0,00%	0,00%
Puglia	796.537.135,36	640.229.424,91	0,00	0,00%	224.006.114,91	0,00	0,00%	0,00%
Basilicata	130.168.830,16	117.340.439,34	117.340.439,34	2,32%	116.312.345,58	116.312.345,58	2,79%	2,56%
Calabria	410.749.217,44	239.701.717,44	0,00	0,00%	61.086.564,39	0,00	0,00%	0,00%
Sicilia	1.190.625.975,57	1.026.736.171,87	1.026.736.171,87	20,33%	818.628.003,25	818.628.003,25	19,64%	19,99%
Sardegna	346.595.304,09	300.705.320,46	300.705.320,46	5,96%	294.050.452,17	294.050.452,17	7,05%	6,50%
TOTALE	9.955.986.643,92	8.059.743.704,17	5.049.267.639,88	100,00%	6.238.107.190,55	4.168.722.102,67	100,00%	100,00%

REGIONI	POPOLAZIONE	% POP	%FSN
Piemonte	4.330.172	7,41%	7,58%
Valle d'Aosta	122.868	0,21%	0,21%
Lombardia	9.393.092	16,07%	16,06%
P.A. Bolzano	477.067	0,82%	0,80%
P.A. Trento	497.546	0,85%	0,85%
Veneto	4.699.950	8,04%	8,04%
Friuli Venezia Giulia	1.204.718	2,06%	2,12%
Liguria	1.592.309	2,72%	2,88%
Emilia Romagna	4.151.369	7,10%	7,30%
Toscana	3.598.269	6,15%	6,35%
Umbria	858.938	1,47%	1,51%
Marche	1.518.780	2,60%	2,66%
Lazio	5.269.972	9,01%	8,97%
Abruzzo	1.299.272	2,22%	2,25%
Molise	321.953	0,55%	0,56%
Campania	5.788.986	9,90%	9,49%
Puglia	4.068.167	6,96%	6,79%
Basilicata	596.546	1,02%	1,01%
Calabria	2.009.268	3,44%	3,38%
Sicilia	5.013.081	8,57%	8,40%
Sardegna	1.650.052	2,82%	2,78%
TOTALE	58.462.375	100,00%	100,00%