



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018.

Rep. Atti n. 150/CSR del 1° agosto 2018

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

Nella odierna seduta del 1 agosto 2018:

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

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

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



AP



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni con legge 8 novembre 2012, n. 189 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" (Rep. n. 44/CU del 5 maggio 2011);

VISTA l'Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2017 per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sancita da questa Conferenza il 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, sancito da questa Conferenza nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/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 2017 ed è stato definito l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

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

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

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



RP



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

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

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

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

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

VISTA la nota del Ministero della salute in data 25 luglio 2018, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza con nota del 26 luglio 2018, con la quale è stata trasmessa la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza in data 1 agosto 2018, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR);

CONSIDERATO che, nel corso della seduta, le Regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo in parola;

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 :



RP



## Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008, approvato con il DPR 7 aprile 2006, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto Rep. 2271/2005), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità e le disomogeneità territoriali, impegna Stato e Regioni nell'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, al fine di garantire uniformità dell'assistenza. Tali strategie possono essere sviluppate tramite la definizione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione;
- il Patto per la salute 2014-2016 ha sottolineato esplicitamente la necessità di attuare concrete misure di programmazione sanitaria ed investire nel sistema salute, promuovendo percorsi di interazione con il territorio e tutte le istituzioni interessate, ed avviare percorsi anche innovativi di riorganizzazione dei servizi e di utilizzo razionale delle risorse al fine di rispondere appropriatamente ai bisogni di salute dei cittadini, tenendo conto dei profondi cambiamenti epidemiologici e sociali che caratterizzano il contesto del Paese;

### SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell'anno 2018 dovranno essere trasversali a più ambiti di assistenza che risultino prioritari per la sanità del nostro Paese e conformi ai programmi e agli indirizzi condivisi con l'Unione europea e con i principali organismi di sanità internazionale. Le linee progettuali indicano, in particolare, la necessità di investire nel campo della cronicità e della non autosufficienza, delle tecnologie in sanità e della discriminazione in ambito sanitario, oltre che per le tematiche vincolate relative al piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore.
2. per l'anno 2018 sono 5 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati A e B del presente Accordo, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:
  - linea progettuale Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità;
  - linea progettuale Promozione dell'equità in ambito sanitario;
  - linea progettuale Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica – **con vincolo di risorse pari a 100 milioni di euro;**



AP



## Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- linea progettuale Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione - con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP - Network;
  - linea progettuale La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.
3. a seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2018, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n. 149), in applicazione dell'articolo 1, comma 34bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-bis, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse complessive di assegnazione per l'anno 2018;
4. entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, le Regioni sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A del presente accordo e rispettando i contenuti presenti nello stesso allegato. In particolare le Regioni sono tenute a:
- a. presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network; linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore,
  - b. presentare un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando tutte le restanti risorse assegnate per gli obiettivi di Piano.
- Non devono essere presentati più progetti per la stessa linea progettuale. Qualora si intenda presentare un progetto che prosegua quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento;
5. ogni progetto dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzii:
- gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
  - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili ed i costi connessi;
  - gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti;
6. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2018, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente;
7. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
8. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4., ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti.



AP



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

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  
Sen. Erika Stefani

AP

AS

## 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 2018**

### **1. Linea progettuale:**

#### **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'**

##### Premessa

L'annuario statistico italiano 2017 dell'Istat ha individuato degli indicatori demografici e di struttura della popolazione italiana per descrivere lo stato di salute del nostro Paese. La diffusione delle patologie croniche è stato uno degli indicatori utilizzati nell'indagine Istat che ha voluto studiare, in particolare, il graduale aumento dell'invecchiamento della popolazione. I risultati ottenuti hanno evidenziato che il 39,1% dei residenti in Italia, soprattutto donne di età > 55 anni, ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche). Tale dato è risultato in lieve aumento rispetto al 2015 (+0,8 punti percentuali). Inoltre, dall'indagine è emerso che il 20,7% della popolazione risultava affetta, nell'anno 2016, da due o più patologie croniche, con netta prevalenza del genere femminile a partire dai 55 anni. Inoltre, nella popolazione degli ultra settantacinquenni la multicronicità è stata attestata al 66,7 per cento (58,4 per cento tra gli uomini e 72,1 per cento tra le donne). In particolare, i dati hanno evidenziato che, rispetto all'anno 2015, è aumentata la quota di chi ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche.

Le malattie o condizioni croniche risultate più diffuse nella popolazione italiana sono: l'ipertensione (17,4 per cento), l'artrosi/artrite (15,9 per cento), le malattie allergiche (10,7 per cento), l'osteoporosi (7,6 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,8 per cento), il diabete (5,3 per cento).

Diversi studi, come quello presentato dal The Lancet (Volume 388, No. 10061) del 3 dicembre 2016, hanno evidenziato che i Sistemi sanitari dei Paesi sono preoccupati per la crescente prevalenza della coesistenza di diverse malattie croniche, o multicronicità (più condizioni a lungo termine: adulti con 2 o più condizioni di salute fisica a lungo termine oppure adulti con 1 o più condizioni di salute mentale e almeno 1 condizione di salute fisica). Attualmente, l'assistenza sanitaria di questa tipologia di pazienti è frammentaria in quanto viene seguito un approccio diagnostico-terapeutico per singola malattia che genera un impatto negativo sul paziente e sugli operatori sanitari. Infatti, la multicronicità è associata a una ridotta qualità della vita, a una più alta mortalità e ad un utilizzo di più farmaci da parte del paziente. Pertanto, i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare un maggiore richiesta di indagini clinico-diagnostiche, di trattamenti terapeutici e di visite mediche, percentuali più elevate di eventi avversi e un più ampio utilizzo dei servizi sanitari (comprese le cure non pianificate o di emergenza). Un particolare problema per i servizi sanitari è che i regimi di trattamento (compresi i trattamenti non farmacologici) possono facilmente diventare molto onerosi per le persone con multicronicità e l'assistenza può risultare scoordinata e frammentata. La polifarmacia nelle persone con multicronicità è spesso motivata dalla somministrazione di più farmaci destinati a prevenire la morbilità e la mortalità delle singole patologie croniche di cui lo stesso individuo è affetto. Inoltre, i



soggetti le cui condizioni di cronicità prevedono un trattamento strettamente correlato o concordante, come il diabete, l'ipertensione e l'angina, presentano meno problemi di assistenza sanitaria rispetto a quei pazienti che si trovano in condizioni che richiedono un trattamento del tutto diverso (ad esempio, condizioni fisiche e mentali).

I sistemi sanitari sono, pertanto, indirizzati a ridurre il carico del trattamento (polifarmacia e appuntamenti multipli), le cure non pianificate, gli accessi impropri al PS ed a migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo delle decisioni condivise basate sull'assistenza personalizzata del paziente mediante l'identificazione di ciò che è importante per la singola persona in termini di trattamenti, priorità di salute, stile di vita e obiettivi.

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ha pubblicato, nel settembre 2016, le linee guida dal titolo "Multimorbidity: clinical assessment and management" che stabiliscono: quali sono le persone che hanno maggiori probabilità di trarre beneficio da un approccio alla cura che tenga conto della multicronicità, come identificare questa tipologia di pazienti e quanto può essere previsto dal punto di vista assistenziale. Inoltre, la Commissione europea, con la Joint Action CHRODIS (Addressing Chronic Diseases and Healthy Ageing Across the Lyfe Cycle), sta promuovendo e facilitando lo scambio di buone pratiche di oltre 60 partner europei per affrontare al meglio le malattie croniche, con un focus specifico sulla multicronicità.

In Italia, il Piano Nazionale della cronicità, che il Ministero della salute ha condiviso con le Regioni, ha ampiamente individuato le problematiche relative all'attuazione dei PDTA in pazienti cronici con multimorbilità ed ha previsto, come possibile soluzione, la programmazione di un percorso di cura condiviso e personalizzato. I principali riferimenti sono il già indicato "Piano nazionale della Cronicità", approvato con Accordo Stato-Regioni il 15 settembre 2016, e il Quaderno del Ministero della Salute 2013 "Criteri di Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza al paziente complesso".

#### Aree prioritarie di intervento

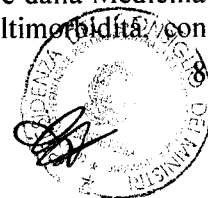
Tanto detto, le Regioni sono invitate, con la realizzazione di un unico progetto sulla multicronicità, a favorire un approccio, che aumenti l'efficienza e l'accessibilità delle cure, fornendo un'assistenza multidisciplinare sia in termini di diversi livelli della professione sanitaria (infermieri, medici, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.), che delle diverse specializzazioni della malattia.

Il modello di cura individuato sarà personalizzato per i pazienti, di qualsiasi età, che presentano una delle seguenti caratteristiche: hanno difficoltà a gestire le cure e le attività giorno per giorno, ricevono assistenza da più strutture sanitarie e necessitano di nuove cure da ulteriori strutture, hanno una combinazione di condizione mediche e psichiche a lungo termine, presentano fragilità, ricorrono frequentemente a cure non programmate o di emergenza, assumono regolarmente una politerapia. La valutazione globale del paziente dovrebbe servire a identificare gli aspetti chiave da utilizzare successivamente in qualsiasi fase di pianificazione dell'assistenza, compreso l'empowerment del paziente e l'allocazione delle risorse, attraverso la costruzione di un piano assistenziale individuale, rivisto e aggiornato durante le successive valutazioni periodiche e condiviso non solo tra i diversi setting assistenziali, ma anche con lo stesso paziente e con la propria famiglia.

Dopo aver individuato i malati con multicronicità, è necessario (obiettivi specifici): ottimizzare l'assistenza riducendo il ricorso a esami diagnostici ripetitivi e inappropriati e limitare il carico del trattamento farmacologico (polifarmaceutico) e delle cure non pianificate (appuntamenti multipli).

Inoltre, è necessario migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo decisioni condivise nei vari setting assistenziali e sostenendo un approccio terapeutico che tenga conto delle differenze individuali anche dal punto di vista genetico, dell'ambiente e dello stile di vita delle singole persone.

Le principali attività da prevedere sono: una mappatura territoriale che rilevi la presenza di individui affetti da più patologie, l'attivazione di nodi sensibili della rete dei servizi a partire dalla Medicina Generale, l'individuazione di strumenti per la valutazione dei pazienti con multimorbilità con





possibilità di fornire risposte mono o multiprofessionali, la valutazione delle diverse possibilità di presa in carico del paziente e la realizzazione di piani di assistenza individualizzati che tengano conto, in maniera flessibile, delle linee guida basate sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche.

In tale percorso assistenziale potrà essere previsto l'utilizzo di qualsiasi tecnologia elettronica sanitaria idonea per inserire dati e gestire la cura dei pazienti, tenere traccia della loro storia medica, diagnosi, sintomi, visite ospedaliere, utilizzo dell'assistenza socio-sanitaria, particolari bisogni di assistenza o farmaci ecc. e che, eventualmente, permetta al paziente stesso di inviare informazioni sul proprio stato di salute.

I principali risultati attesi dall'attivazione dei progetti regionali sono principalmente la riduzione: del rischio di reazioni avverse da farmaci, del rischio di interazioni tra farmaci, del rischio del declino funzionale del paziente, dei costi assistenziali, degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e dei ricoveri nei reparti di medicina interna.

Gli indicatori numerici di monitoraggio, individuati dalle Regioni, potranno quantificare i risultati raggiunti dai progetti regionali.

**Su questa linea progettuale, le Regioni presentano un unico progetto da sviluppare in coerenza con la normativa nazionale e che costituisca parte integrante del processo regionale di riordino dell'assistenza primaria e dell'assistenza ai pazienti cronici.**

## **2. Linea progettuale:**

### **PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO**

#### Premessa

La dichiarazione congiunta OMS/ONU del 27 giugno 2017 rammenta che un principio cardine dell'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile è quello di "garantire che nessuno sia lasciato indietro" e di "raggiungere innanzitutto chi sta più indietro". Gli organismi delle Nazioni Unite, riconoscendo che la discriminazione in sanità costituisce una barriera fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), intendono impegnarsi per lavorare insieme e sostenere gli Stati membri nell'adozione di azioni multisettoriali coordinate ad eliminare la discriminazione in ambito sanitario.

Affrontare la discriminazione in ambito sanitario contribuirà a permettere il raggiungimento di alcuni degli obiettivi di sviluppo sostenibile, in particolare quelli sulla salute e benessere, sull'istruzione di qualità e sulla riduzione delle disuguaglianze.

#### Aree prioritarie di intervento

Al fine di favorire la riduzione delle discriminazioni in ambito sanitario, le Regioni sono invitate a mettere in atto azioni che possano raggiungere i seguenti target:

- Ridurre le barriere per gli operatori sanitari:
  - garantire il rispetto dei diritti del lavoro, in particolare quelli relativi alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro e al contrasto delle discriminazioni e della violenza,
  - sostenere gli operatori sanitari nelle loro responsabilità legali ed etiche, anche per quanto riguarda la promozione dei diritti umani.
- Ridurre le barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie: le difficoltà relative agli aspetti organizzativi, alle barriere architettoniche, ecc.



- Potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario.
- Garantire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie.
- Migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili (persone che vivono in zone degradate o in ristrettezze economiche, i disoccupati o le persone in situazioni di lavoro nero, le persone senza fissa dimora, i disabili, le persone con malattie croniche o mentali, gli anziani con pensioni basse e le famiglie monoparentali).
- Favorire eventi formativi per il personale sanitario sui loro diritti, i ruoli e le responsabilità per affrontare la discriminazione in ambito sanitario.

Gli indicatori numerici di monitoraggio, individuati dalle Regioni, potranno, in parte, contribuire a fornire informazioni utili sullo stato di adesione del nostro Paese agli obiettivi di sviluppo sostenibile in ambito sanitario.

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

**Su questa linea progettuale, le Regioni presentano un unico progetto, relativo ad una o più delle aree di priorità sopra indicate, da sviluppare in coerenza con la normativa nazionale.**

### 3. Linea progettuale:

#### **COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA.**

La linea progettuale è distinta in due specifici ambiti di intervento da sviluppare:

##### 1. *Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore*

###### Premessa

La rete della terapia del dolore, prevista dalla Legge 38 del 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, è una rete clinica integrata che ha l’obiettivo di migliorare la qualità della vita di tutti i malati, adulti o in età pediatrica, affetti da dolore, di qualsiasi eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto familiare, sociale e lavorativo attivo. L’emanazione della Legge 38/2010 è stata, pertanto, innovativa per il nostro Paese, in quanto essa nel riconoscere il fondamentale diritto alla dignità della persona di non avere vincoli ostativi alla partecipazione attiva allo stato sociale ed economico, così come statuito agli art. 3 e 4 della Costituzione, ha sancito che ogni cittadino, sia se si trova in ospedale sia se si trova in altro ambiente, ha pieno diritto a non provare “dolore” ed a poter ricevere un accesso semplificato ai farmaci per la terapia del dolore, ovvero tale normativa ha riconosciuto in pieno la unicità etica dell’essere umano. Conseguentemente, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, l’identificazione di una rete della terapia del dolore ha comportato una evoluzione dei sistemi di programmazione, organizzazione ed approccio al malato, ovvero la consapevolezza dell’esigenza di realizzare una governance integrata di sistema a livello nazionale.



I successivi provvedimenti attuativi della Conferenza Stato-Regioni hanno esplicitato la necessità di definire delle linee guida comuni per l'accesso alla terapia del dolore a diversi livelli a seconda della complessità del dolore riferito dal paziente. In particolare:

- L'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti n. 239/CSR del 16 dicembre 2010) ha approvato le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore.
- La Conferenza Stato Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012, ai sensi della Legge 38/2010 art. 5, ha sancito un'Intesa (Rep. Atti n. 151/CSR) che, in maniera univoca ed omogenea su tutto il territorio nazionale, ha definito i requisiti minimi e le 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.
- L'Accordo Stato Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014), ai sensi della Legge 38/2010 art. 5 comma 2, ha individuato le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

Recentemente, il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha definito che la rete per la terapia del dolore deve essere articolata, all'interno della rete globale ospedaliera, come integrazione tra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. Inoltre, il DM 70/2015 prevede, per il centro ospedaliero di terapia del dolore con degenza, un bacino d'utenza minimo di 2,5 milioni di abitanti, mentre per il centro ambulatoriale un bacino di utenza compreso tra 0,5 e 0,3 milioni di abitanti.

Infine, il DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" ha definito, all'art. 31 "Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita", che gli hospice devono disporre di protocolli formalizzati per il controllo del dolore e dei sintomi, e, all'art. 38 "Ricovero ordinario per acuti", che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario devono essere garantite anche tutte le prestazioni necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico della terapia dolore e delle cure palliative.

Secondo quanto identificato dai sopra citati indirizzi normativi, il modello organizzativo della rete della terapia del dolore prevede un numero ristretto di centri di eccellenza (Hub), preposti ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità, supportati da una rete di servizi territoriali a minore complessità (centri Spoke) integrati con le cure primarie, gli Hospice e l'ADI.

Pertanto, i nodi della rete sono:

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale.
- Centri Spoke/Centri Ambulatori di terapia del dolore.
- Centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore.

Le Aziende ed i professionisti che operano all'interno della rete della terapia del dolore si interfacciano tra loro e con quelli della rete delle cure palliative.

#### Arete prioritarie di intervento

Attualmente, nel nostro Paese, la realizzazione della rete della terapia del dolore in ogni Regione, permane come obiettivo di carattere prioritario e di rilievo nazionale, pertanto è necessario elaborare e realizzare progetti che, implementando quanto già attuato con i progetti degli anni precedenti, perseguano i seguenti obiettivi:

- Istituire a livello regionale una struttura organizzativa con funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività della rete. Tale ruolo permetterà, alla struttura organizzativa, di interfacciarsi con le Aziende ed i professionisti della rete della terapia del dolore e con la rete



delle cure palliative al fine di garantire la piena applicabilità e fruibilità della normativa vigente. Inoltre, proprio per le attività che svolge, la struttura potrà individuare le best practices sviluppate in alcuni ambiti e divulgarle in altri contesti simili. Pertanto, la struttura organizzativa dovrà essere supportata da un sistema informativo che si integri con quello regionale.

- Attivare tutti i nodi della rete sia a livello territoriale che ospedaliero: garantendo la realizzazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi e predisponendo procedure clinico-assistenziali e organizzativo-gestionali della rete uniformi a livello territoriale e, possibilmente, nazionale. Fondamentale è la realizzazione di un sistema informativo, uniforme a livello regionale/nazionale, che permetta la comunicazione e la tracciabilità dei dati in tutti i nodi della rete. Inoltre, la telemedicina può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e consentire la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre a permettere il costante monitoraggio dei parametri vitali.
- Tutelare il cittadino nell'accesso alla terapia del dolore. È necessario fornire delle risposte integrate territorio-ospedale ai bisogni dei pazienti.
- Garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi setting assistenziali. Tale finalità potrà essere raggiunta mediante il supporto dei sistemi informativi che consentono la condivisione dei flussi informativi tra professionisti, soprattutto tra quelli ospedalieri e quelli che operano sul territorio, e della telemedicina che permette di attivare il telemonitoraggio e la teleassistenza.
- Definire equipe multi professionali dedicate:
  - Specialisti in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia.
  - Medici di medicina Generale.
  - Infermieri, fisioterapisti e dietisti.
  - Assistenti sociale e operatori socio-sanitario.
- Sviluppare la crescita culturale e la sensibilità dei professionisti della salute sul tema dando priorità alle conoscenze sul dolore nella formazione dei professionisti sanitari ed attivando corsi di formazione continua per gli operatori sanitari.
- Incrementare, laddove fosse possibile, gli investimenti nella ricerca scientifica sul dolore.
- Salvaguardare la dignità e l'autonomia della persona assistita nella gestione del dolore e dei sintomi correlati fornendo, anche, le informazioni relative alla diagnosi, ai trattamenti, alle terapie alternative e alla prognosi.
- Prevedere programmi di informazione alla popolazione, anche in accordo e con il contributo delle associazioni non-profit operanti nel settore.

Le Regioni potranno individuare degli *indicatori numerici di monitoraggio*, aventi per esempio come numeratore: numero dei pazienti in carico alla rete di terapia del dolore, numero di interventi di terapia del dolore eseguiti in regime di ricovero ospedaliero, numero dei pazienti assistiti in ambito territoriale, tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali di terapia del dolore, consumo farmaci analgesici: consumo di farmaci oppioidi, consumo di analgesici non oppioidi, presenza di valutazione e rivalutazione del dolore nella documentazione sanitaria, numero di medici di medicina generale coinvolti nella rete, numero di specialisti coinvolti nella rete, numero degli eventi di formazione agli operatori sanitari e numero di eventi informativi rivolti alla popolazione. Il denominatore dell'indicatore potrà essere individuato dalle Regioni secondo la finalità delle rilevazioni che intendono effettuare.

## 2. *Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica*

### Premessa



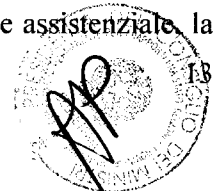
La gestione delle cure palliative e della terapia del dolore rivolte al neonato, bambino ed adolescente esige particolare attenzione in relazione alla variabilità e alla frammentazione delle patologie in causa, spesso rare e richiedenti interventi di alta specializzazione, nonché per la durata temporale delle cure, spesso assai lunga e non prevedibile. Inoltre, per il malato pediatrico, essendo già presente su tutto il territorio nazionale una rete di risorse professionali (pediatria di base, pediatri ospedalieri altamente specializzati) e strutturali (reparti/ospedali pediatrici di riferimento), che risponda ai bisogni assistenziali di alta complessità relativi all'analgesia e alle cure palliative pediatriche necessita di una governance integrata di sistema a livello nazionale. Pertanto, in area pediatrica, lo sviluppo di reti delle cure palliative e della terapia del dolore ha una rilevante valenza non solo all'interno di ogni singola Regione, ma prevalentemente a livello nazionale.

Per rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica si intende un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di terapia del dolore e cure palliative rivolte al minore, nei diversi setting assistenziali, sia in ambito territoriale che ospedaliero, individuate a livello regionale. Nella realizzazione di queste reti, pertanto, potrebbe assumere un ruolo considerevole l'utilizzo della telemedicina che, unendo le tecniche mediche a quelle informatiche, rende fattivo il collegamento di strutture e professionisti distanti fra loro, garantisce la continuità delle cure dall'ospedale al territorio, favorisce il monitoraggio continuo del paziente anche a domicilio, riduce i ricoveri ospedalieri, gli accessi in pronto soccorso, le visite specialistiche e migliora la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari.

#### Are e prioritarie di intervento

La rete di cure palliative e di terapia del dolore pediatrica regionale, che si svilupperà gradualmente negli anni, pur prevedendo differenti modelli organizzativi in relazione alle caratteristiche dei diversi sistemi sanitari regionali, dovrà possedere contemporaneamente i seguenti requisiti:

- Assicurare il controllo del dolore e delle cure palliative pediatriche quale diritto alla salute per qualunque patologia, per tutte le fasce dell'età pediatrica ed in ogni luogo di cura, mediante la realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici, riabilitativi e di supporto.
- Disporre di almeno un centro specialistico di riferimento regionale o sovraregionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Tale centro rappresenta il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della rete regionale e si avvale del sistema informativo regionale.
- Avere la possibilità di fornire risposte residenziali (es. hospice pediatrico), alternative all'ospedale per acuti, dove, in caso di necessità diagnostica/terapeutica, il minore e la famiglia possano essere accolti per garantire la continuità di cura.
- Possedere strutture/servizi/competenze di terapia del dolore e cure palliative rivolte al paziente pediatrico. I due livelli di intervento, strettamente integrati tra loro, sono:
  - Gestione specialistica, eseguita dalle equipe/centro multispecialistico di riferimento.
  - Gestione generale, eseguita dal personale medico e infermieristico dei reparti di pediatria/strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta/MMG, adeguatamente preparati e supportati dal personale del centro di riferimento.I due livelli condividono, in particolare, le procedure clinico-diagnostiche e gli strumenti della telemedicina (teleconsulto, ecc.).
- Identificare il raccordo con i servizi socio-educativi al fine di permettere al minore un recupero/mantenimento delle relazioni sociali e scolastiche fondamentali per la qualità della vita e per la crescita.
- Garantire la risposta ai bisogni educativi e sociali essenziali del minore al fine di salvaguardare la qualità della sua vita e la possibilità di crescita, nonché dei bisogni spirituali.
- Organizzare una rete che integri i diversi ambiti assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, ecc.) al fine di garantire la continuità delle cure mediante: la reperibilità continuativa di un operatore sanitario, l'unicità di riferimento in caso di passaggio del regime assistenziale, la



condivisione continua del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza del caso indipendentemente dalla sede di gestione.

- Disporre, nell'equipe dedicate al paziente pediatrico, di figure multiprofessionali con competenze diverse in grado di rispondere ai molteplici bisogni che il dolore e la malattia possono determinare.
- Programmare piani di formazione di base continua sul dolore e sulle cure palliative pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio, nonché di formazione specialistica sul caso, rivolta ai professionisti coinvolti nella presa in carico della qualità della vita del minore e della sua famiglia.
- Utilizzare strumenti utili al monitoraggio della qualità della vita del paziente e della sua famiglia.
- Garantire l'informazione continua alla famiglia sulla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.
- Supportare la famiglia sia a livello clinico e organizzativo che psicologico e spirituale. Inoltre deve essere garantito il supporto al lutto non solo ai genitori, ma anche agli eventuali fratelli, agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto.
- Predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella rete.
- Stabilire procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si potrebbero verificare, anche per eventuali segnalazioni al comitato etico aziendale di riferimento.
- Sviluppare programmi di informazione specifici e mirati sulla rete.
- Valutare, con regolarità, la qualità percepita dal minore (se possibile) e dei familiari sulle cure prestate.

Le Regioni potranno individuare degli *indicatori numerici di monitoraggio*, aventi per esempio come numeratore: numero dei malati assistiti nell'anno di riferimento, numero di pazienti assistiti h 24 e 7 giorni su 7, numero dei pazienti assistiti in ricovero ospedaliero, numero dei pazienti assistiti nel territorio, numero dei pazienti assistiti in ospedale e nel territorio, numero di corsi di formazione per il personale sanitario e numero degli eventi di informazione per la popolazione. Il denominatore dell'indicatore potrà essere individuato dalle Regioni secondo la finalità delle rilevazioni che intendono effettuare.

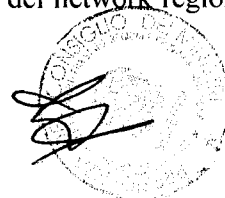
**Per la realizzazione di questa linea progettuale è presente un vincolo di 100 milioni di euro, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38, da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo.**

#### **4. Linea progettuale:**

##### **PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

L'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali



dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori.

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

- **Obiettivo prioritario: "Piano nazionale della prevenzione"**
- **Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano nazionale della prevenzione"**

#### **Obiettivo prioritario: "Piano nazionale della prevenzione"**

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

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

#### **Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano nazionale della prevenzione"**

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

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

In tale quadro sono state identificate le seguenti necessità:

- promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le Regioni e il Ministero. I network di centri regionali ormai consolidati come elementi

essenziali della governance (secondo il modello, adottato dall'Italia, della *stewardship*) individuati dal citato articolo 17 del Patto per la salute 2014-2016 sono:

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

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

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

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

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

## 5. Linea progettuale:

### LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

#### Premessa

Negli ultimi anni l'utilizzo delle tecnologie sanitarie si è sviluppato prevalentemente a livello ospedaliero, ma l'estensione del loro impiego a livello territoriale, potrebbe rivelarsi altrettanto utile e fondamentale per garantire la continuità delle cure. La promozione della sanità digitale, favorirebbe, in particolare, il processo di continuità ospedale-territorio con conseguente ottimizzazione della gestione delle patologie croniche e diminuzione dei ricoveri ospedalieri dovuti alle riacutizzazioni delle malattie.

La Telemedicina è uno strumento che può essere utilizzato per implementare e rendere più efficiente la tradizionale attività sanitaria in quanto permette di collegare virtualmente setting assistenziali distanti tra loro. Inoltre, proprio perché questa tecnologia può essere utilizzata dal personale medico, paramedico, amministrativo e tecnico dell'area sanitaria e dai pazienti e familiari, permette anche di superare le naturali barriere fisiche tra i fornitori della prestazione e riceventi. Non sono più le persone (operatori sanitari o pazienti) che si spostano, ma le informazioni. I principali servizi di telemedicina utili soprattutto alla medicina territoriale sono: il teleconsulto (indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente, applicazioni tipiche sono quelle di





teleradiologia/telerefertazione, ad esempio in ambito radiologico o cardiologico), la telesalute (servizi finalizzati al monitoraggio remoto dei pazienti, in particolar modo quelli cronici, nelle loro case per anticipare precoci peggioramenti dello stato di salute e aiutare a costruire le loro competenze di auto-cura) e la teleassistenza (servizi che usano tecnologie a casa del cittadino per consentire una minimizzazione dei rischi associati a particolari patologie e fornire una tempestiva notifica di eventi avversi al personale sanitario preposto alla cura del paziente stesso). Inoltre, molteplici sono gli strumenti che possono essere utilizzati come per esempio le applicazioni (Apps) che aiutano le persone all'autogestione e all'autoassistenza.

La telemedicina è principalmente uno strumento di diagnosi che permette di individuare la terapia più appropriata in quanto, consentendo il collegamento tra reparti ospedalieri, tra ospedali e presidi territoriali, tra presidi territoriali o tra strutture diverse, permette ad un medico, con la trasmissione dei referti/immagini, di avere una "second-opinion" da un collega di una struttura specialistica o di eccellenza, oppure consente di avere un consulto "real-time" tra diversi specialisti. L'utilizzo delle tecnologie sanitarie nei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, territoriale, domiciliare e di emergenza) permette di migliorare la qualità della vita dei pazienti, di facilitare la qualità del lavoro degli operatori sanitari e di evitare i costi per ricoveri o prestazioni inappropriate.

#### Aree prioritarie di intervento

Le Regioni sono invitate, con la realizzazione di un unico progetto, a:

- promuovere i processi di digitalizzazione in ospedale, ma soprattutto nel territorio e nei percorsi assistenziali di continuità ospedale-territorio,
- favorire l'utilizzo della telemedicina per garantire la continuità delle cure dall'ospedale al territorio e tra gli stessi ambiti territoriali, per implementare la medicina di precisione, per supportare i processi clinici decisionali, per monitorare le attività svolte, per censire e utilizzare in maniera corretta le risorse disponibili, per monitorare l'appropriatezza prescrittiva e per migliorare le performance delle strutture sanitarie.

Gli indicatori numerici di monitoraggio, individuati dalle Regioni, forniranno informazioni sulla qualità delle cure garantite ai cittadini e sull'appropriatezza nella gestione delle risorse.

**Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate e le Regioni presentano un unico progetto, relativo ad una delle aree di priorità sopra indicate, da sviluppare in coerenza con la normativa nazionale.**



# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ALLEGATO B

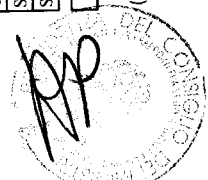
## Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2018  
L.102.584.000 Importo da ripartire fra le regioni

### Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2018 (al 01.01.2017)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network
PIEMONTE	4.392.526	4.392.526	85.675.583	89.809.080	8.145.328	19.548.786	97.744
VAL D'AOSTA	126.883	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.019.166	10.019.166	195.422.380	204.850.712	18.579.148	44.589.955	222.950
BOLZANO	524.256	-	-	-	-	-	-
TRENTO	538.604	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.907.529	4.907.529	95.720.642	100.338.772	9.100.329	21.840.790	109.204
FRIULI	1.217.872	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.565.307	1.565.307	30.531.086	32.004.086	2.902.644	6.966.345	34.832
EMILIA R.	4.448.841	4.448.841	86.773.999	90.960.490	8.249.756	19.799.414	98.997
TOSCANA	3.742.437	3.742.437	72.995.691	76.517.435	6.939.828	16.655.588	83.278
UMBRIA	888.908	888.908	17.338.022	31.446.895	1.648.356	3.956.055	19.780
MARCHE	1.538.055	1.538.055	29.999.540	18.174.510	2.852.109	6.845.061	34.225
LAZIO	5.898.124	5.898.124	115.042.053	120.592.363	10.937.249	26.249.399	131.247
ABRUZZO	1.322.247	1.322.247	25.790.236	27.034.510	2.451.923	5.884.615	29.423
MOLISE	310.449	310.449	6.055.263	6.347.404	575.684	1.381.643	6.908
CAMPANIA	5.839.084	5.839.084	113.890.487	119.385.238	10.827.768	25.986.643	129.933
PUGLIA	4.063.888	4.063.888	79.265.546	83.089.785	7.535.914	18.086.194	90.431
BASILICATA	570.365	570.365	11.124.887	11.661.617	1.057.662	2.538.390	12.692
CALABRIA	1.965.128	1.965.128	38.329.537	40.178.780	3.644.056	8.745.735	43.729
SICILIA (*)	5.056.641	5.056.641	98.629.050	50.192.323	4.552.245	10.925.388	54.627
SARDEGNA	1.653.135	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.589.445	56.528.695	1.102.584.000	1.102.584.000	100.000.000	240.000.000	1.200.000

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





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018.

Rep. Atti n. *149/CSR del 1° agosto 2018*

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

Nella odierna seduta del 1 agosto 2018:

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con questa Conferenza, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel 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 2018, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, è da predisporre sulla base delle linee guida da approvarsi con apposito accordo in sede di questa Conferenza. L'erogazione delle somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto nella misura del 70 per cento di cui al presente riparto, è subordinata alla stipula dell'Accordo Stato-Regioni in applicazione del medesimo articolo 1, comma 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, 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 25 luglio 2018, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione del CIPE concernente la ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza con nota del 26 luglio 2018;

AP





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

CONSIDERATO che, nel corso della odierna seduta, le Regioni e le Province Autonome hanno espresso intesa e consegnato un documento (Allegato 1) che si allega al presente atto;

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

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018, che allegato al presente atto, (Allegato sub A), ne costituisce parte integrante.

IL SEGRETARIO  
Antonio Naddo



IL PRESIDENTE  
Sen. Erika Stefani

AP

A



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

18/98/SR02-03-12/C7

*1 agosto*  
*Delella*



**POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE  
DI DELIBERAZIONE DEL CIPE CONCERNENTE  
IL RIPARTO TRA LE REGIONI DELLE DISPONIBILITÀ  
FINANZIARIE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER  
L'ANNO 2018**

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

***Punto 2) Odg Conferenza Stato-Regioni***

**POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE  
DI DELIBERAZIONE DEL CIPE RELATIVA ALLA  
RIPARTIZIONE ALLE REGIONI DELLE QUOTE VINCOLATE  
ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO  
SANITARIO NAZIONALE PER L'ANNO 2018**

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

***Punto 3) Odg Conferenza Stato-Regioni***

**POSIZIONE SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL MINISTRO DELLA  
SALUTE, DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E  
DELLE FINANZE, DI RIPARTIZIONE DELLE QUOTE PREMIALI PER  
L'ANNO 2018**

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

***Punto 12) Odg Conferenza Stato-Regioni***

- **Punto 2** la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sull'ultima proposta trasmessa in data odierna, che recepisce la richiesta delle Regioni di prevedere, con riferimento alla mobilità internazionale, la rateizzazione in due anni del saldo relativo alle annualità pregresse 2013/2017;



- **Punto 3** la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa con l'impegno del Governo a:
  - ✓ ripartire le risorse pari a 40 mln di euro per le borse di studio e per i contratti annuali di specializzazione, sulla base della quota d'accesso, nella prima riunione utile della Conferenza Stato-Regioni;
  - ✓ autorizzare l'immediato utilizzo dei predetti fondi a partire dai corsi che inizieranno nell'anno 2018;
  - ✓ vincolare le suddette risorse per l'incremento dei contratti di specializzazione alle discipline per le quali vi è una carenza di professionisti, sulla base delle esigenze regionali;
  - ✓ risolvere la problematica della cronica carenza di personale medico nelle strutture del servizio sanitario regionale, che sta mettendo a rischio l'erogazione dei servizi, attraverso la definizione di un intervento normativo urgente;
  - ✓ con riferimento ai 32,5 mln di euro per finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa, pur non condividendo che i fondi degli obiettivi di Piano siano utilizzati per accantonamenti che non specifichino le relative finalità, si chiede di concertare, entro l'anno, di intesa con le Regioni l'utilizzo di tali fondi. Qualora non vi sia tale intervento entro l'anno, le risorse dovranno riconfluire per quota d'accesso nel riparto delle Regioni.
  
- **Punto 12** la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'Intesa.

Roma, 1° agosto 2018





# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFF.IV DGPROGS

Proposta di deliberazione per il CIPE

**OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2018: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.**

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

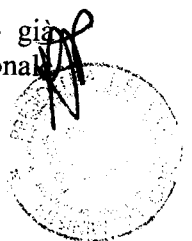
Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, della citata legge 662/96, la norma modificata prevede che all'atto dell'adozione della delibera di ripartizione da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) delle somme spettanti alle regioni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

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2018, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporre sulla scorta delle linee guida da approvarsi con apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

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

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

Sul FSN 2018 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.500,00 mln** di euro già nettizzati dell'importo di **2 milioni** di euro per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti, ai sensi dell'articolo 8-bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009.



Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **1.102,584 mln** di euro, a valere sui complessivi 1.500,00 mln di euro, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria subordinatamente alla conclusione dell'accordo sugli indirizzi progettuali per lo stesso anno parimenti da sottoporsi all'esame della Conferenza Stato-Regioni

Della residua somma di 397,416 mln di euro, sono destinati:

- **277,000 mln** di euro per il finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'art. 1, c. 400, della Legge n. 232/2016;
- **1,316 mln** di euro per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2016, somma determinata sulla base del dato relativo all'anno 2013.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di **119,100 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per la sperimentazione gestionale finalizzata alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
- b) **€ 10 milioni** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle regioni nel campo della salute umana; in relazione a tale attività è previsto il preventivo parere da parte della Conferenza Stato - Regioni, come dalla stessa richiesto in sede di intesa sulla proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015;
- c) **€ 6 milioni**, ai sensi dell'articolo 1, comma 406, della legge 205/2017, per la sperimentazione della remunerazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, per il triennio 2018-2020;
- d) **€ 5 milioni** da destinarsi all'Istituto superiore di sanità per l'attività di valutazione delle linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida, anche in relazione a quanto disposto dall'articolo 5 della legge 24/2017 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", previa presentazione di una relazione da sottoporre al preventivo parere della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute;
- e) **€ 4 milioni** destinati a sperimentazioni cliniche con l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare, ai sensi dell'art. 2 del decreto legge 25 marzo 2013, n. 24 convertito con modifiche con Legge 23 maggio 2013, n. 57, come successivamente modificato con l'art. 1, comma 409, Legge 208/2015;
- f) **€ 40 milioni** per finanziare l'intero triennio 2018-2021 di ulteriori 860 borse di studio annue per i medici di medicina generale per raggiungere il livello annuale delle 2.000 borse di studio oltre a 58 ulteriori contratti annuali di specializzazione per il quinquennio, da assegnare alle regioni con apposita proposta di riparto;
- g) **€ 1,500 milioni** in favore del Centro Nazionale Sangue, ai sensi dell'articolo 1, comma 439, della legge 205/2017;
- h) **€ 10 milioni** per il rafforzamento del sistema di sorveglianza e prevenzione dell'influenza aviaria, al fine di assicurare la realizzazione di interventi urgenti diretti a fronteggiare le emergenze nel settore avicolo, ai sensi dell'articolo 1, comma 508, della legge 205/2017;
- i) **€ 0,100 milioni** destinati alla regione Veneto per la prosecuzione dell'attività del Programma triennale 2015-2017 del Mattone Internazionale Salute (Progetto



ProMIS), in coerenza con quanto richiesto dalla Commissione Salute in data 23 luglio 2018. L'erogazione della citata somma avverrà, in analogia con quanto stabilito per le somme normalmente destinate al finanziamento di progetti regionali, nella misura del 70% a titolo di acconto. L'erogazione del restante 30% avverrà 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, della relazione sull'attività svolta, su proposta del Ministro della Salute. La descritta modalità di erogazione è determinata in coerenza con quanto già previsto nella proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015.

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

Si allega alla presente proposta l'unita tabella, nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **1.102,584 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 2018

1.500.000.000 Importo iniziale

- 4.000.000 destinato a sperimentazioni cliniche (ex art. 2 del d.l. 25/03/2013, n. 24, convertito con mod. con L. 25/05/2013, n. 57, introdotto dall'art. 1, c. 409, L. 208/2015).
- 6.000.000 per la sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie (L. 205/2017, art. 1, c. 406)
- 1.500.000 in favore del Centro Nazionale Sangue (l. 205/2017, art. 1, c. 439)
- 10.000.000 finanziamento Fondo per l'emergenza aviaria (L. 205/2017, art. 1, c. 508)
- 10.000.000 malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (INMIP)
- 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
- 40.000.000 borse di studio MMG e contratti di specializzazione
- 277.000.000 fondo medicinali innovativi (art. 1, c. 400, L. 232/2016)
- 32.500.000 nuove disposizioni legislative
- 100.000 Proroga progetto ProMIS

**1.102.584.000** Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2017	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	4.392.526	4.392.526	85.675.583	-	4.133.497	89.809.080	62.866.356	26.942.724
VAL D'AOSTA	126.883	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.019.166	10.019.166	195.422.380	-	9.428.332	204.850.712	143.395.499	61.455.214
BOLZANO	524.256	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	538.604	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.907.529	4.907.529	95.720.642	-	4.618.130	100.338.772	70.237.140	30.101.631
FRIULI	1.217.872	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.565.307	1.565.307	30.531.086	-	1.473.000	32.004.086	22.402.860	9.601.226
EMILIA R.	4.448.841	4.448.841	86.773.999	-	4.186.491	90.960.490	63.672.343	27.288.147
TOSCANA	3.742.437	3.742.437	72.995.691	-	3.521.744	76.517.435	53.562.205	22.955.231
UMBRIA	888.908	888.908	17.338.022	-	836.489	18.174.510	12.722.157	5.452.353
MARCHE	1.538.055	1.538.055	29.999.540	-	1.447.355	31.446.895	22.012.827	9.434.069
LAZIO	5.898.124	5.898.124	115.042.053	-	5.550.309	120.592.363	84.414.654	36.177.709
ABRUZZO	1.322.247	1.322.247	25.790.236	-	1.244.274	27.034.510	18.924.157	8.110.353
MOLISE	310.449	310.449	6.055.263	-	292.142	6.347.404	4.443.183	1.904.221
CAMPANIA	5.839.084	5.839.084	113.890.487	-	5.494.751	119.385.238	83.569.666	35.815.571
PUGLIA	4.063.888	4.063.888	79.265.546	-	3.824.239	83.089.785	58.162.850	24.926.936
BASILICATA	570.365	570.365	11.124.887	-	536.730	11.661.617	8.163.132	3.498.485
CALABRIA	1.965.128	1.965.128	38.329.537	-	1.849.244	40.178.780	28.125.146	12.053.634
SICILIA (*)	5.056.641	5.056.641	98.629.050	48.436.726	-	50.192.323	35.134.626	15.057.697
SARDEGNA	1.653.135	-	-	-	-	-	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>60.589.445</b>	<b>56.528.695</b>	<b>1.102.584.000</b>		<b>48.436.726</b>	<b>1.102.584.000</b>	<b>771.808.800</b>	<b>330.775.200</b>

\*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.295/2006 (49,11%) sulla somma disponibile.

