



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2025.

Rep. atti n. 270/CSR del 29 dicembre 2025.

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

Nella seduta straordinaria del 29 dicembre 2025:

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”, e, in particolare, l'articolo 1, comma 34, il quale, tra l'altro, prevede che il Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale, da assegnare alle regioni per la predisposizione di specifici progetti, ai sensi del successivo comma 34-bis;

VISTO, inoltre, il comma 34-bis dell'articolo 1 della legge n. 662 del 1996, il quale indica le modalità per l'assegnazione delle risorse alle regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, prevedendo in particolare che, all'atto dell'adozione della delibera CIPESS 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 la Conferenza Stato-regioni, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate in questione;

VISTA l'intesa sancita da questa Conferenza il 28 novembre 2024 (rep. atti n. 230/CSR), sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS, relativa alla ripartizione tra le regioni delle risorse vincolate per l'anno 2024 per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 1996;

VISTO l'accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 28 novembre 2024 (rep. atti n. 231/CSR), sulla proposta del Ministro della salute, con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2024 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 n. 662 del 1996;

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



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

VISTO il decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, recante “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”, e, in particolare, l’articolo 4, comma 7-*bis*, con il quale viene prorogata la vigenza del Patto per la salute 2019-2021 fino all’adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria;

VISTA la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”, contenente disposizioni di delega al Governo per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione, l’integrazione e il coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana, anche in attuazione della Missione 5, componente 2, e Missione 6, componente 1, del PNRR, nonché attraverso il progressivo potenziamento delle relative azioni, nell’ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente;

VISTO il decreto 29 aprile 2022 del Ministro della salute, recante “Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l’attuazione dell’assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all’Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l’approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell’Italia”;

VISTO il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, di cui al decreto 23 maggio 2022 n. 77 del Ministro della salute;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;

VISTO l’accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancito da questa Conferenza nella seduta del 15 settembre 2016 (Rep. atti n. 160/CSR) sul documento “Piano nazionale della cronicità”;

VISTA l’intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancita da questa Conferenza nella seduta 18 dicembre 2019 (rep. atti n. 209/CSR), ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente il Patto per la salute per gli anni 2019 – 2021 (di seguito Patto della salute), che alla Scheda 1 “Fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e fabbisogni regionali prevede quanto segue: “Governo e Regioni si impegnano a semplificare la procedura di attribuzione degli obiettivi di piano con particolare riferimento alle modalità di rendicontazione basate su indicatori che dovranno valorizzarne i risultati; con riferimento agli aspetti finanziari si conviene di individuare soluzioni volte ad accelerare la messa a disposizione delle Regioni delle risorse all’uopo destinate. Le modalità devono essere concordate e approvate con intesa Stato-Regioni”;

VISTO l’accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 27 luglio 2020 (rep. atti n. 118/CSR) ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento “Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38”;



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 l'accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 27 luglio 2020 (Rep. atti n. 119/CSR) ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore";

VISTA l'intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancita da questa Conferenza il 6 agosto 2020 (rep. atti n. 127/CSR), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, sulla proposta del Ministro della salute concernente il "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2020-2025";

VISTO l'accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 17 dicembre 2020 (rep. atti n. 215/CSR) sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina";

VISTO l'accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 25 marzo 2021 (rep. atti n. 30/CSR) sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38";

VISTO l'accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 18 novembre 2021 (rep. atti n. 231/CSR) sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie";

VISTO il decreto del Ministro della salute 21 settembre 2022, recante "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio";

VISTO il decreto del Ministro della salute 30 settembre 2022, di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, recante "Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina";

VISTO il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33";

VISTO il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, recante "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie", che, in particolare, richiede alle regioni di individuare un sistema che garantisca, al cittadino, tempi appropriati sull'erogazione delle prestazioni;

VISTO il decreto-legge 1° ottobre 2024, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 novembre 2024, n. 171, recante "Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria";



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

VISTA la legge 30 dicembre 2023, n. 213 recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026”;

VISTA la legge 30 dicembre 2024 n. 207, recante “Bilancio di previsione dello Stato per l’anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027”;

VISTA la nota prot. n. 35855 del 29 dicembre 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 22580, con la quale l’Ufficio di gabinetto del Ministro della salute ha trasmesso la proposta di accordo sulle linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2025;

VISTA la nota prot. DAR n. 22586 del 29 dicembre 2025, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata trasmessa alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano;

VISTA l’intesa, ai sensi dell’articolo 1, comma 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione per il CIPESS, relativa alla ripartizione alle regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l’anno 2025, sancita da questa Conferenza il 29 dicembre 2025 (rep. atti n. 269/CSR);

CONSIDERATO che nel corso della seduta straordinaria del 29 dicembre 2025 di questa Conferenza:

- le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole alla proposta di accordo in titolo;
- il Sottosegretario di Stato per l’economia e le finanze non ha formulato osservazioni sulla proposta di accordo in titolo;

ACQUISITO l’assenso del Governo;

SANCISCE ACCORDO

ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2025, nei seguenti termini:

PREMESSO CHE:

– il Piano sanitario nazionale (Psn) 2006-2008, approvato con il DPR 7 aprile 2006, nell’individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell’Intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (rep. atti n. 2271/2005), ai sensi dell’articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nei



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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 2019-2021, nella scheda 8 “Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale”, ha sottolineato esplicitamente la necessità di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell’assistenza sanitaria e socioassistenziale, garantendo l’integrazione con i servizi socioassistenziali.

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell’anno 2025 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, della discriminazione in ambito sanitario e nello sviluppo di un numero unico, a livello nazionale ed europeo, per le cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, oltre che per le tematiche vincolate relative al piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore;
2. per l’anno 2025 sono 6 le linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui all’allegato 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 120 milioni di euro;
 - linea progettuale “Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione” con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP-Network;
 - linea progettuale “La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio”;
 - linea progettuale “Realizzazione del Numero Europeo Armonizzato per cure non urgenti 116117”;



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

3. seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Psn per l'anno 2025, espressa nella seduta di questa Conferenza del 29 dicembre 2025 (rep. atti n. 269) in applicazione dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'articolo 79, del decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e dall'articolo 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 2025;
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 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. Le risorse da destinare alle linee progettuali con risorse vincolate devono avere come limite minimo quello previsto nell'allegato del presente accordo;
5. nel progetto della Linea progettuale "Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica" dovranno essere illustrate le attività previste per l'anno 2025 in maniera distinta per l'obiettivo relativo alla costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e quello per la terapia del dolore in area pediatrica. Anche la rendicontazione delle attività svolte nell'anno 2024 riporteranno i risultati conseguiti nell'anno 2024 distintamente per entrambi gli obiettivi;
6. il progetto della Linea progettuale "Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network (NIEBP, AIRTUM, ONS)" dovrà essere articolato in due sezioni relative, rispettivamente, all'obiettivo prioritario PNP e all'obiettivo prioritario Supporto al PNP:
 - 1) Obiettivo prioritario PNP – questa sezione contiene il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione dei 10 Programmi Predefiniti (PP) del proprio Piano regionale della Prevenzione 2020 – 2025 per l'anno di riferimento 2025, con i relativi indicatori, in coerenza con la rendicontazione dei PRP nella Piattaforma web "Piani regionali di Prevenzione", strumento di accompagnamento esclusivo, sostanziale e formale, per i PRP;
 - 2) Obiettivo prioritario Supporto al PNP - questa sezione contiene il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione quinquennale definita nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra Regione e ciascuno dei tre Network (NIEBP, AIRTUM, ONS) per il periodo di vigenza del



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

PRP 2020 – 2025 e del relativo progetto ad esso allegato inclusivo di piano finanziario, di cui all'Accordo 4 agosto 2021;

7. i progetti delle restanti linee progettuali, escluso quindi il progetto di cui al punto 6, dovranno essere elaborati seguendo la scheda progetto di cui all'allegato del presente accordo, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
8. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2025, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente 2024, utilizzando la scheda dei risultati di cui all'allegato del presente accordo;
9. 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;
10. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4., ovvero non vengano approvati, in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

Il Segretario
Carlo Ferocino

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli

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 2025

1. Linea progettuale:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Premessa

L'indagine multiscopo Istat sugli aspetti della vita quotidiana ha individuato come indicatore di multicronicità e limitazioni gravi, per le persone di 75 anni e più, la percentuale di coloro che dichiarano di essere affette da tre o più patologie croniche e/o di avere gravi limitazioni, da almeno sei mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente svolgono. Inoltre, nel "Rapporto annuale 2024 – La situazione del Paese", l'Istat ha precisato che le patologie croniche sono: diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica/enfisema/insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore (incluso linfoma o leucemia), ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliare, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi/artrite, osteoporosi e disturbi nervosi (compresi il parkinsonismo e l'alzheimer/demenza senile. La stessa Istat, nel "Bes 2024 – Il benessere equo e sostenibile in Italia", ha rilevato che, nell'anno 2024, le condizioni di cronicità e limitazioni gravi tra gli over 74, sono rimaste stabili rispetto a quelle dell'anno precedente, presentando una percentuale pari al 48,9%. Tale percentuale è lievemente inferiore a quella dell'anno 2014 che risultava essere del 51,9%. Pur considerando questi dati rassicuranti, per gli anni futuri, come riportato dall'OECD nel documento "Verso un'integrazione strutturata e sistemica delle cure domiciliari per non autosufficienti in Italia", è previsto un aumento delle condizioni di multicronicità nella popolazione anziana che si trova in condizioni di non autosufficienza o disabilità, nonché in situazioni di fragilità o di marginalità sociali. Nel nostro Paese con la legge 23 marzo 2023, n. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", si è previsto un sistema integrato tra servizi sociali, sanitari e sociosanitari per offrire una completa presa in carico della persona con bisogni di salute complessi (multicronicità, non autosufficienza, ecc.). La gestione della multicronicità necessita quindi di un coordinamento dei diversi setting assistenziali e di una reciprocità di azione tra i professionisti impegnati nel processo di cura.

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 (appuntamento 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 multicronicità, con possibilità di fornire risposte mono o multiprofessionali, la valutazione delle diverse probabilità 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 rep. arti di medicina interna.

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

L'adozione dell'Agenda 2030 per lo “*Sviluppo Sostenibile e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile*” indirizzato i Paesi a rafforzare le azioni per migliorare la salute e il benessere di tutti e a garantire che nessuno rimanga emarginato. Le indicazioni fornite dall'OMS per creare e mantenere una vita sana per tutti prevedono: servizi di salute di buona qualità e accessibili; sicurezza del reddito e protezione sociale; condizioni di vita dignitose; capitale sociale e umano e condizioni di lavoro e di occupazione dignitose.

Nel nostro Paese con il decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” ha previsto un modello di stratificazione comune della popolazione, su tutto il territorio nazionale, con l'utilizzo di un linguaggio uniforme, al fine di garantire equità di accesso ed omogeneità, nonché di presa in carico del cittadino, in particolare nelle aree interne e rurali. Lo stesso decreto evidenzia che l'equità da garantire all'utenza per l'accesso ai servizi deve avvenire anche mediante “il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale”.

Tanto detto, per l'anno 2025, si ripropone la linea progettuale che promuove l'equità in ambito sanitario.

Aree prioritarie di intervento

Al fine di favorire l'equità 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 promuovere l'equità 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 15 marzo 2010, n. 38 “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 articoli 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” e a poter ricevere un accesso semplificato ai farmaci per la terapia del dolore, ovvero tale normativa ha riconosciuto in pieno l’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 articolo 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'articolo 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), prep. osti 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.

Aree 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 similari. 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 (rep. arti/ospedali pediatrici di riferimento), che rispondono ai bisogni assistenziali di alta complessità relativi all'analgesia e alle cure palliative pediatriche, è necessario sviluppare 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.

Aree prioritarie di intervento

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

- Assicurare il controllo del dolore e le 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 rep. arti di pediatria/strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta/MMG, adeguatamente prep. arati 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 120 milioni di euro, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38, così come modificato dalla legge 30 dicembre 2024, n. 207, da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo.

Le risorse da destinare a questa linea progettuale, a cui sono destinate risorse vincolate, devono rispettare l'entità finanziaria prevista per ogni Regione nell'allegato B del 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 23 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: Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori (ONS, NIEBP, AIRTUM).

Gli obiettivi generali della linea progettuale PNP e Supporto al PNP consistono nel supportare l'attuazione del PNP 2020-2025 anche mediante il sostegno al funzionamento di ONS, NIEBP e AIRTUM, dando attuazione all'Accordo di collaborazione, stipulato dalla Regione con ciascuno dei tre network e riferito all'intero periodo di vigenza del proprio Piano regionale di prevenzione (PRP) 2020-2025, attraverso la progressiva realizzazione delle azioni del correlato progetto funzionali al

raggiungimento degli obiettivi strategici del PNP cui il progetto stesso intende contribuire attraverso un programma del PRP.

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 è **presente un vincolo di 240 milioni di euro, il 5 per mille è destinato ai tre Network**, da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo.

Obiettivo prioritario: “Piano nazionale della prevenzione (PNP)”

Per tale obiettivo prioritario, non si dettaglia il contenuto dei progetti in quanto si fa riferimento agli obiettivi fissati dal PNP 2020-2025 e declinati nei relativi PRP, come indicato dall’Intesa Stato-regioni 6 agosto 2020 e s.m.i.

A tal fine la Regione deve presentare il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione dei 10 Programmi Predefiniti del proprio PRP per l’anno di riferimento 2025, con i relativi indicatori, in coerenza con la rendicontazione dei PRP in PF.

Obiettivo prioritario: “Supporto al Piano nazionale della prevenzione”

Per tale Obiettivo prioritario, sia dal punto di vista del livello centrale di governo sia da quello delle regioni, gli 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, ribadite dal PNP 2020-2025, a svolgere questa azione di supporto relativamente:
 - al fornire alle regioni strumenti, metodologie, risorse (capacity building) in materia di prevenzione e promozione della salute;
 - al promuovere la genesi, l’aggiornamento e l’utilizzo di evidenze di efficacia, sostenibilità, equità nei programmi ed interventi di prevenzione e promozione della salute;
 - alla definizione, diffusione e promozione dell’utilizzo di dati epidemiologici organizzati (mediante il sostegno ai Registri Tumori);
 - alla valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (per esempio nei programmi di screening) come strumento per la riprogrammazione.

In tale quadro è stata identificata la necessità di promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le Regioni e il Ministero. I network di centri regionali ormai consolidati come elementi essenziali della *governance* (secondo il modello, adottato dall’Italia, della *stewardship*) individuati dall’ 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)

Per tale Obiettivo prioritario deve essere riportata il resoconto di quanto realizzato, rispetto alla pianificazione quinquennale, per l’anno di riferimento 2025 nell’ambito dell’Accordo di collaborazione tra Regione e ciascuno dei tre Network per il periodo di vigenza del PNP 2020 – 2025 e del relativo progetto.

Le risorse da destinare a questa linea progettuale, a cui sono destinate risorse vincolate, devono rispettare l'entità finanziaria prevista per ogni Regione nell'allegato B del presente Accordo.

5. Linea progettuale:

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALLA FASE POST PANDEMICA

Premessa

Gli attuali modelli innovativi di gestione dei processi di cura e dei percorsi assistenziali delle strutture sanitarie, nonché la stessa Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), intendono promuovere l'integrazione ospedale-territorio al fine di favorire la continuità delle cure e ridurre il ricorso agli ospedali per servizi che possono essere erogati a livello territoriale. I servizi di telemedicina, in tale contesto, assumono un ruolo fondamentale in quanto permettono di migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure soprattutto per le persone che vivono condizioni di cronicità, fragilità o disabilità. Infatti la sanità digitale permette lo spostamento dei dati e dei pazienti tra i diversi professionisti e strutture sanitarie, mettendo in rete conoscenze ed esperienze.

La telemedicina, come evidenziato anche dal decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77, si integra nel contesto clinico, organizzativo e tecnologico adottato dalla struttura sanitaria per la specifica patologia e setting assistenziale, in modo da poter rappresentare un complemento alle prestazioni tradizionali.

La telemedicina è un campo in rapida evoluzione che negli ultimi anni ha registrato una crescita e un progresso significativo. Le esperienze più avanzate di telemedicina offrono una serie di vantaggi ai pazienti e agli operatori sanitari, tra cui un migliore accesso alle cure, una riduzione dei costi sanitari e una maggiore comodità.

Tanto detto, considerato le strategie nazionali volte alla digitalizzazione e all'utilizzo della telemedicina in sanità, anche per l'anno 2025 viene proposta la linea progettuale sulla tecnologia in sanità.

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.

6. Linea progettuale:

REALIZZAZIONE DEL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117

Premessa

Il numero europeo armonizzato (di seguito NEA) trova il suo fondamento normativo:

- nell'Accordo del 24.11.2016 (rep. . atti n. 221/CSR) - Accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117",
- nel Decreto del Ministero della salute del 23 maggio 2022, n. 77 che reca "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Il Numero Europeo Armonizzato 116117, unico a livello nazionale ed europeo, è un numero telefonico destinato al Servizio Sanitario Nazionale ed ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, e con altri servizi sanitari territoriali.

L'utilizzo di tale numerazione ha come obiettivo quello di mettere in contatto il cittadino con il personale tecnico e/o sanitario adeguatamente formato, per fornire informazioni sui servizi sanitari locali o consulenza sanitaria o accesso al servizio di Continuità assistenziale e ad altri servizi del territorio. Pertanto i cittadini hanno il vantaggio di avere a disposizione, per le situazioni di non emergenza, un unico numero che risponde a diversi bisogni di salute.

Il Numero Unico per le cure mediche non urgenti 116117 trova riferimento normativo nella decisione della Commissione Europea del 30 novembre 2009 "Modifica della decisione 2007/116/CE".

In attuazione a tale provvedimento europeo, l'Autorità per le Garanzie nella comunicazione ha assegnato al Ministero della Salute, in qualità di Ministero competente, il NEA 116117 quale Numero Europeo Armonizzato a valenza socio sanitaria.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 17/02/2013 ha approvato le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale" introducendo importanti novità, volte a garantire, nelle 24 ore, la continuità di cura al paziente a bassa complessità assistenziale, con l'adozione di sistemi di ricezione delle richieste.

Con l'Accordo del 24 novembre 2016 sono state approvate le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117" e, successivamente, è stata avviata l'attivazione del numero a livello nazionale.

Con il recente DM 77/22 sono stati forniti a livello nazionale degli indirizzi e delle prescrizioni in merito all'identificazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. In

tale contesto vengono definiti i bacini di utenza delle centrali operative NEA 116117 e le relative funzioni.

La gestione del nuovo modello delle non emergenze mediante l'attivazione del numero unico 116117, prevede una profonda trasformazione e revisione organizzativa della Continuità assistenziale e della presa in carico da parte delle Cure primarie.

Il NEA 116117 si inserisce in una architettura organizzativa e funzionale con diversi livelli funzionali a crescente specializzazione, con il fine di essere l'unico punto di contatto da parte del cittadino per i bisogni non urgenti integrato con tutte le strutture di erogazione dell'assistenza territoriale Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Unità di Cure primarie (UCA) e Infermieri di Comunità.

Un fattore abilitante del nuovo modello di sanità territoriale può sicuramente essere rappresentato dai nuovi punti di accesso e di erogazione previsti per territorio: il NEA 116117 e le Centrali operative Territoriali (COT) che devono svilupparsi con il preciso scopo della messa in rete dei cittadini, dei professionisti e delle risorse.

Il numero 116117 sostituisce tutti i diversi numeri utilizzati attualmente per il Servizio di Continuità Assistenziale ma non deve essere tuttavia una semplice sostituzione di tali numeri. L'attività viene estesa alle 24 ore per 7 giorni su 7 e offre la possibilità di ricevere, senza soluzione di continuità, risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti.

L'attivazione del NEA 116117 prevede anche il collegamento operativo con il sistema di Emergenza Urgenza 118 mantenendo, comunque, "distinto" l'accesso degli utenti alle numerazioni previste, attraverso l'utilizzo di una piattaforma tecnologica condivisa/integrata. Pertanto la centrale operativa NEA 116117 si può integrare a quella dell'emergenza condividendone le tecnologie, al fine di assicurare una maggiore interoperabilità, ma ne è distinta per la finalità, l'organizzazione, la gestione e per il personale appositamente dedicato.

In tale contesto, il NEA 116117 svolge la funzione di raccordo propria della centrale operativa regionale prevista dall'articolo 1 comma 8 del Decreto-legge n. 34/2020 convertito con legge 17 luglio 2020, n. 77, anche mediante strumenti informatici e di telemedicina.

Le Centrali Operative 116117 dove esistenti hanno consentito un coordinamento migliorativo nell'erogazione delle prestazioni, funzioni di filtro e di monitoraggio o tele monitoraggio su vasta scala.

Agenas ha definito le principali caratteristiche e le funzioni delle Centrali Operative, distinguendo cosa si intende per Centrale Operativa NEA 116117 e Centrale Operativa Territoriale (COT), chiarendo i rapporti e le interconnessioni tra queste due tipologie di servizi e con le Centrali Operative 118 dell'Emergenza-Urgenza e con quelle del NUE 112.

Al fine di garantire la sua funzione è necessario attivare anche collegamenti con i diversi servizi sanitari assistenziali territoriali coinvolti nella presa in carico della persona che necessita di assistenza sanitaria, socio sanitaria, nonché dei soggetti affetti da patologie croniche.

Il sistema potrà permettere su tutto il territorio della regione:

- la rilevazione del bisogno sanitario del cittadino, a partire dalle richieste relative alla Continuità assistenziale, anche indirizzando la domanda verso il servizio territoriale più appropriato della ASL competente o alla Centrale operativa Territoriale (COT) territorialmente competente per la erogazione di prestazioni precedentemente individuate,
- l'erogazione di informazioni su servizi e percorsi assistenziali attivi nella regione,
- l'erogazione di assistenza a gruppi di soggetti inseriti in definiti PDTA in trattamento domiciliare, attivando, su richiesta della/e ASL, del/i distretto/i, dei MMG o degli Specialisti (es. dimissioni protette) a seconda delle scelte intraprese. L'integrazione dei servizi potrà permettere l'adozione di modelli agili e flessibili soprattutto per la presa in carico di pazienti cronici, anziani e fragili,

- il supporto nella gestione e utilizzo di piattaforme di telemedicina per permettere la fruibilità da parte degli assistiti di prestazioni di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio,
- l'offerta di servizi di ascolto e supporto psicologico telefonico ai cittadini e ai pazienti che possono risentire in maniera peculiare di fattori psicologici e sociali che influenzino lo stato di salute.

La tipologia di risposta da garantire attraverso il N.E.A. 116117 può essere ricondotta ad un ambito:

- *operativo* con l'erogazione di servizi per assistenza sanitaria non urgente ed eventuale richiesta di Continuità Assistenziale o altro intervento a domicilio,
- *informativo* con l'erogazione di informazioni su specifiche procedure operative o informazioni generiche sanitarie.

La risposta di tipo operativo può comportare la presa in carico della richiesta, con l'individuazione ed inoltro al soggetto competente per la gestione operativa dell'evento (risposta operativa passiva), oppure lo svolgimento di attività aggiuntive alla presa in carico, quali la conduzione di interviste telefoniche specifiche finalizzate al monitoraggio di parametri clinici del paziente (risposta operativa attiva).

La risposta di tipo informativo comprende le indicazioni relative all'organizzazione dei servizi sanitari sul territorio e rappresenta uno strumento flessibile di supporto alle esigenze informative della popolazione in particolare in situazioni critiche (ad es. la recente pandemia, ondata di calore anno 2023, ecc.).

In tutte le regioni il numero deve garantire, obbligatoriamente, l'accesso ai servizi medici non urgenti al fine di:

- gestire l'erogazione diretta: Es. Postazioni di Continuità Assistenziale, Strutture Ambulatoriali di Continuità, Strutture di Guardia turistica o indiretta: es. percorsi vaccinali e altro tramite prenotazione, delle prestazioni relative al bisogno espresso,
- garantire il passaggio alle Strutture di coordinamento della erogazione delle Cure primarie, COT e/o Case della Comunità le richieste relative a prestazioni gestite ed erogate dalle stesse,
- individuare e trasferire le richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza Urgenza 118 territorialmente competente e, viceversa, ricevere le chiamate valutate non appropriate dal servizio 118
- offrire la possibilità di un consulto medico o Infermieristico su problematiche cliniche o assistenziali non urgenti, anche attraverso l'utilizzo di idonee piattaforme di telemedicina,
- fornire informazioni sulla modalità di accesso (anche in caso di difficoltà di reperimento), ai MMG/PLS anche nelle forme di associazionismo AFT – UCCP, o alle Case della Comunità.

Ciascuna Regione può individuare altri servizi facoltativi da attribuire al numero, quali per esempio modalità per facilitare l'integrazione socio-sanitaria, la sanità pubblica, il consultorio familiare, il servizio reclami, il coordinamento dei trasporti sanitari, ecc., riportati nella tabella 2 dell'Accordo Stato Regioni 2016.

A supporto del sistema sarà necessaria una tecnologia sempre più complessa, costituita da componenti diverse atte a permettere l'autorizzazione e l'identificazione degli accessi degli utenti abilitati e il reperimento di informazioni da anagrafi centralizzate e da database di strutture e di personale sanitario o da piattaforme più o meno complesse di gestione delle attività e di raccolta dati (es. reti di patologia, fascicoli sanitari, cartelle cliniche).

La struttura organizzativa, deve mettere a disposizione personale formato e tecnologie adeguate tali da consentire l'attivazione di un valido supporto alle esigenze della popolazione.

Il numero 116117 rappresenta un'opportunità per gestire e coordinare la domanda assistenziale territoriale a bassa intensità/priorità in continuità con i nuovi modelli organizzativi territoriali che si

stanno sempre più sviluppando nei diversi Servizi Sanitari Regionali, AFT, UCCP, Casa della Comunità, e in particolare con le Centrali Operative Territoriali (COT).

In prospettiva rappresenterà un tassello centrale di raccordo e di funzionalità nell'ambito dell'intero Sistema Sanitario Regionale.

Il percorso per l'assegnazione del numero 116117 prevede che le Regioni e le PP.AA possono richiedere, all'interno di un programma regionale, l'attivazione del servizio 116117 al Ministero della salute – Direzione generale della programmazione sanitaria, nel rispetto dei requisiti riportati nell'Accordo del 24 novembre 2016.

Aree prioritarie di intervento

Gli interventi possono variare in riferimento al diverso stato di attivazione del numero a livello regionale:

1°. Le regioni che presentano il progetto per ricevere l'autorizzazione all'attivazione.

2°. Le regioni che hanno già ricevuto l'autorizzazione all'attivazione e hanno concluso la fase di sperimentazione.

3°. Le regioni che hanno ricevuto l'autorizzazione all'attivazione del progetto e sono ancora nella fase sperimentale.

1°. LE REGIONICHE RICHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVAZIONE DEL NUMERO, ovvero le regioni che non hanno mai richiesto l'assegnazione del numero al Ministero della salute, sono invitate a predisporre una programmazione che preveda le attività preliminari e le azioni relative alla realizzazione del numero ed ai servizi di supporto necessari, quali:

ATTIVITÀ PRELIMINARI:

- ***censimento delle postazioni territoriali del servizio di Continuità Assistenziale***, analisi dei dati di attività e, per un adeguato dimensionamento dell'attività diurna, anche dei dati relativi alle potenziali chiamate dei cittadini nelle fasce orarie nelle quali non è attivo il servizio di C.A.,
- ***individuazione dei servizi territoriali h 12 o h 24*** (COT, Case della Comunità, UCA e altro) che si intendono far confluire nel NEA 116117, con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità e condivisione delle informazioni da gestire (per esempio: Definizione modalità di accesso alle banche dati, Attivazione collegamenti, definizione procedure condivise).

PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ

- ***Centrali operative***. Definizione del numero delle Centrali Operative da realizzare e del territorio di competenza (per esempio: Comuni, Frazioni, Quartieri, Rioni), in base ai requisiti previsti dal DM 77/22. Individuazione delle sedi delle Centrali operative, acquisizione e allestimento dei locali (ad esempio predisposizione infrastrutture, servizi a supporto, verifica idoneità spazi, sicurezza della struttura, acquisto arredi)

- **Sistemi di supporto**

- ✓ Componente Telefonica. Definizione dell'architettura della rete telefonica e dati: requisiti, caratteristiche, dimensionamento di massima delle postazioni e delle linee telefoniche. Sistema di registrazione delle conversazioni, sistema di interpretariato multilingue, sistema per persone con disabilità (persone sorde), (definire per esempio: Predisposizione del bando di gara, modalità di acquisizione delle apparecchiature, etc.).
- ✓ Componente Informatica. Definizione dell'architettura di rete e sviluppo di un sistema informatico di gestione dell'attività che preveda:
 - la somministrazione informatizzata dell'intervista telefonica, secondo un protocollo individuato, con localizzazione del chiamante, identificazione dei bisogni, valutazione delle necessità; visualizzazione di informazioni relative al chiamante; l'individuazione, sulla base della localizzazione del chiamante, della postazione territoriale competente, anche con geo – localizzazione;
 - il trasferimento della scheda ad altre Centrali o ad altri servizi (ad esempio Postazioni CA territoriali, COT, UCA), ove necessario;
 - la visualizzazione su cartografico, del territorio, dei mezzi e delle strutture di interesse con i riferimenti di pertinenza;
 - un'estensione applicativa integrata con il sistema in dotazione al servizio di Emergenza-Urgenza 118, con trasferimento della scheda, sulla base della normativa che prevede l'impiego di un'unica piattaforma informatica, mantenendo comunque distinto l'accesso degli utenti alle due numerazioni;
 - l'integrazione con i sistemi informativi regionali.

- **Modello organizzativo, risorse umane e formazione:**

- ✓ Articolazione della struttura organizzativa (organigramma, in particolare l'individuazione delle figure di coordinamento e del responsabile del servizio).
- ✓ Definizione del fabbisogno di personale dei diversi profili e modalità di reclutamento (ad es. predisposizione dei bandi/avvisi).
- ✓ Definizione del percorso formativo per l'accesso al sistema e dei percorsi di aggiornamento continuo e finalizzato (formazione permanente). Predisposizione ed esecuzione dei corsi per gli operatori.

- **Altre azioni**

Contestualmente è auspicabile prevedere la:

- ✓ Predisposizione delle procedure interne e condivise con i vari servizi territoriali per agevolare il percorso del paziente a bassa complessità assistenziale nella rete delle cure primarie.
- ✓ Definizione di accordi di collaborazione con le aziende sanitarie di riferimento su specifiche linee di attività (ad es. il Monitoraggio clinico dei pazienti cronici).
- ✓ Predisposizione della campagna di comunicazione.
- ✓ Definizione del sistema di monitoraggio (fasi, informazioni, dati, indicatori) del programma operativo per la verifica del rispetto dei tempi e delle azioni e la rilevazione degli scostamenti.

Tale progetto dovrà essere trasmesso anche alla struttura di monitoraggio del NEA 116117, istituita presso il Ministero della salute, unitamente alla delibera regionale e alla richiesta di approvazione.

2°. LE REGIONICHE HANNO GIÀ PROVVEDUTO A COMPLETARE LA FASE DI SPERIMENTAZIONE DEL NUMERO, ovvero le regioni che sono state autorizzate dal Ministero della salute a utilizzare il numero ed hanno terminato il periodo di sperimentazione, presentano un progetto relativo alla fase di implementazione dell'attività, illustrando i risultati ottenuti e le azioni successive che si intendono portare avanti.

3°. LE REGIONICHE HANNO RICEVUTO L'AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVAZIONE DEL NUMERO, ma non hanno ancora iniziato la sperimentazione, possono presentare, ad integrazione o modifica del progetto approvato, un programma operativo che partendo dallo stato di attuazione, individua soluzioni/proposte utili al superamento delle eventuali criticità evidenziate nel corso del periodo di avvio e il completamento degli interventi, ovvero individui nuove azioni di miglioramento delle performance, in termini di popolazione servita, di integrazione funzionale tra i diversi livelli di assistenza sanitaria, di evoluzione tecnologica.

Per questa linea progettuale, le regioni presentano un unico progetto, relativo alle aree sopra indicate, da sviluppare in coerenza con la normativa nazionale.

Per questa linea progettuale non sono previste risorse vincolate.

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'EDILIZIA SANITARIA

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2025

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2025

878.471.600 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2025 (al 01.01.2024)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	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	4.251.623	4.251.623	67.907.101		3.186.807	71.093.908	9.711.491	19.422.982	97.115
VAL D'AOSTA	122.877		-		-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.012.054	10.012.054	159.912.946		7.504.542	167.417.488	22.869.377	45.738.755	228.694
BOLZANO	537.533		-		-	-	-	-	-
TRENTO	545.169		-		-	-	-	-	-
VENETO	4.852.216	4.852.216	77.499.797		3.636.982	81.136.779	11.083.356	22.166.712	110.834
FRIULI	1.194.616		-		-	-	-	-	-
LIGURIA	1.509.140	1.509.140	24.104.047		1.131.177	25.235.224	3.447.154	6.894.308	34.472
EMILIA R.	4.451.938	4.451.938	71.106.540		3.336.953	74.443.493	10.169.047	20.338.094	101.690
TOSCANA	3.660.530	3.660.530	58.466.139		2.743.753	61.209.891	8.361.325	16.722.651	83.613
UMBRIA	853.068	853.068	13.625.238		639.418	14.264.656	1.948.565	3.897.129	19.486
MARCHE	1.482.746	1.482.746	23.682.481		1.111.393	24.793.874	3.386.865	6.773.731	33.869
LAZIO	5.714.745	5.714.745	91.276.147		4.283.491	95.559.637	13.053.531	26.107.063	130.535
ABRUZZO	1.269.571	1.269.571	20.277.641		951.608	21.229.249	2.899.934	5.799.868	28.999
MOLISE	289.224	289.224	4.619.498		216.788	4.836.286	660.641	1.321.282	6.606
CAMPANIA	5.593.906	5.593.906	89.346.101		4.192.916	93.539.017	12.777.513	25.555.025	127.775
PUGLIA	3.890.661	3.890.661	62.141.800		2.916.248	65.058.048	8.886.987	17.773.974	88.870
BASILICATA	533.233	533.233	8.516.820		399.685	8.916.505	1.218.002	2.436.005	12.180
CALABRIA	1.838.568	1.838.568	29.365.685		1.378.100	30.743.785	4.199.628	8.399.257	41.996
SICILIA (*)	4.797.359	4.797.359	76.623.619	37.629.859		38.993.760	5.326.582	10.653.164	53.266
SARDEGNA	1.570.453		-		-	-	-	-	-
TOTALE	58.971.230	55.000.582	878.471.600		37.629.859	878.471.600	120.000.000	240.000.000	1.200.000

(*) Per la Sicilia sono state applicate le vigenti normative in materia di compartecipazione alla spesa sanitaria ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile.

SCHEMA PROGETTO

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	
	AREA DI INTERVENTO	

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e- mail</i>	

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
		Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	○ <i>Finanziamento</i>		
	○ <i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	○ <i>Eventuali Risorse regionali</i>		

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
		<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>
	○	Costi per la formazione	
	○	Costi gestione progetto	
	○	Costi	
	○	Costi	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	○ Disponibili		
	○ Da acquisire		

6	<p>ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i></p>	
---	--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
---	---------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------------------

				per	anno
				successivo	

8	OBIETTIVO GENERALE	
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1°. Obiettivo</p> <p>2°. Obiettivo</p> <p>3°. Obiettivo</p> <p>4°. Obiettivo</p>

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	

11	PUNTI DI FORZA
----	----------------

	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione

DIAGRAMMA DI GANT												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

13	DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO		Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	Fase	Azioni		

	TRASFERIBILITA'	
	<i>Indicare: a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito</i>	
14	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

**SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI
CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO...**
Accordo e Intesa tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del ...

1	REGIONE	
---	----------------	--

2	LINEA PROGETTUALE	
---	--------------------------	--

3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	
---	---------------------------------------	--

4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio progetto	Data chiusura progetto	Data presentazione risultati

5	RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE IL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

6	INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti

7	TRASFERIBILITÀ	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

8	CRITICITA' RILEVATE	
---	----------------------------	--

ALLEGATO E

OBIETTIVO PRIORITARIO SUPPORTO AL PNP

- **Accordo di collaborazione (da compilare per ciascuno dei tre network: NIEBP, AIRTUM, ONS)**

L'Accordo (uno per ciascun Network) si riferisce all'intero periodo di vigenza del PNP (2020-2025) e contiene almeno i seguenti elementi

- Oggetto e rationale dell'Accordo
- Funzioni e Compiti del Network
- Referenti
- Finanziamento annuale.

- **Progetto allegato all'Accordo di collaborazione (da compilare per ciascuno dei tre network: NIEBP, AIRTUM, ONS)**

Il progetto si riferisce all'intero periodo di vigenza del PNP (2020-2025) e contiene almeno i seguenti elementi

- Titolo del Progetto
- Ente
- Referente del Network (nominativo, struttura di appartenenza, recapiti)
- Referente regionale (nominativo, struttura di appartenenza, recapiti)
- Obiettivi pertinenti ai Piani Regionali della Prevenzione (PRP). Indicare a quali obiettivi del PNP e dei relativi Programmi il progetto intende contribuire.
- Azioni. Evidenziare e descrivere max 5 azioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi
- Indicatori di monitoraggio (almeno due). Indicare: titolo, fonte, formula, valore atteso annuale.
- Cronoprogramma
- Finanziamento complessivo annuale
- Piano finanziario (dettagliare le voci di spesa)