



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 alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 come aggiornate dal decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-novies.

Rep. Atti n. ^{191 / CSR} 28 novembre 2019

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

Nella odierna seduta del 28 novembre 2019:

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 1^{quater} 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";



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 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";

VISTA l'Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2018 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 1° agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/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 1° agosto 2018 (Rep. Atti n. 150/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 2018 ed è stato definito l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 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;

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*

pp





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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";

VISTO l'Accordo sancito in questa Conferenza in data 6 giugno 2019, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, 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 2019 (Rep. Atti n. 91/CSR);

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza in data 6 giugno 2019 sulla proposta del Ministero 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 2019 (Atto Rep. n. 89/CSR del 6 giugno 2019);

CONSIDERATO che, a seguito della predetta Intesa Rep. Atti. n. 89/CSR, sono state emanate successive norme nazionali per la cui applicazione si rende necessario aggiornare l'Intesa medesima e la proposta di Accordo sugli obiettivi di PSN, con relativa proposta di ripartire tra le Regioni la quota di 1.079,916 mln di euro;

RILEVATO, pertanto, che il presente Accordo sostituisce il precedente del 6 giugno 2019 (Rep. Atti. n. 91/CSR), con conferma delle linee progettuali già individuate nel precedente Accordo e della scheda progetto di cui all'Allegato C), e sostituzione della scheda finanziaria di cui all'Allegato B che prevede una diversa assegnazione delle risorse alle Regioni;

VISTA la nota del Ministero della salute del 5 novembre 2019, con la quale è stata trasmessa la documentazione relativa allo schema di Accordo indicato in oggetto, diramata il 6 novembre 2019 alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano a cura dell'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza;

VISTA la nota dell'11 novembre 2019 dell'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza di richiesta alle Regioni di assenso tecnico;

VISTA la comunicazione del 19 novembre 2019 con la quale il Coordinamento della Commissione salute delle Regioni ha dato il proprio assenso all'iscrizione del provvedimento all'ordine del giorno

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

della Conferenza del 28 novembre 2019;

VISTA la comunicazione del 26 novembre 2019 con la quale il Coordinamento della Commissione salute delle Regioni ha espresso l'assenso tecnico sul provvedimento;

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza in data 28 novembre 2019, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e del decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-novies, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'aggiornamento della ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Rep. Atti n. 192 / CSR);

CONSIDERATO che, nel corso della odierna seduta, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole sulla proposta 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:

- 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;
- il presente Accordo sostituisce l'Accordo sancito il 6 giugno 2019 (Rep. Atti n. 91/CSR) ed in particolare vengono rimodulate le risorse finanziarie secondo quanto indicato dalla nuova scheda di cui all'Allegato B, che costituisce parte integrante del presente Accordo, e fa

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

seguito alla nuova Intesa 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 2019;

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell'anno 2019 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 2019 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;**
 - 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 2019, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 28 novembre 2019 (Rep. Atti n. 192/CSO), 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 2019;
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:



RF



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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

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

5. il progetto Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
 - 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. i progetti delle restanti linee progettuali dovranno essere elaborati seguendo la scheda progetto di cui all'allegato C del presente Accordo, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
7. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2019, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente;
8. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
9. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4., ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande



Il Presidente
On. Francesco Boccia

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 2019

1. Linea progettuale:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Premessa

L'Istituto nazionale di statistica (Istat) rileva, annualmente, mediante un'indagine multiscope sulle famiglie detta "Aspetti della vita quotidiana", le informazioni: sulla percezione dello stato di salute, sulla presenza di patologie croniche, sugli stili di vita e su alcuni consumi sanitari. Dal 2009 tale indagine viene svolta a livello internazionale, utilizzando un quesito standardizzato, basato su cinque modalità di risposta: molto bene, bene, né bene né male, male, molto male. Con la pubblicazione dell'annuario statistico anno 2018, l'Istat ha reso noto che, in riferimento alla diffusione delle patologie croniche nell'anno precedente, il 39,9 per cento dei residenti in Italia 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 risulta stabile rispetto a quanto rilevato nell'anno 2017 versus 2016. Inoltre, il 20,9 per cento della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra settantacinquenni la multicronicità si attesta al 65,7 per cento (56,9 per cento tra gli uomini e 71,8 per cento tra le donne). In particolare, negli ultimi quattro anni la percentuale delle persone affette da una o più malattie croniche è passata dal 20,1 per cento dell'anno 2013 al 20,9 per cento dell'anno 2017. Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (17,8 per cento), l'artrosi/artrite (16,1 per cento), le malattie allergiche (10,7 per cento), l'osteoporosi (7,9 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,9 per cento), il diabete (5,7 per cento). Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne. Lo svantaggio femminile nelle età più anziane si rovescia solo per bronchite cronica e malattie del cuore. In particolare gli uomini di 75 anni e più sono più colpiti da malattie del cuore (18,9 per cento) rispetto alle loro coetanee (14,4 per cento) e da bronchite cronica (19,3 per cento contro 16,5 per cento).

Il rapporto Osservasalute 2018 dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma presenta uno studio svolto su una proiezione, a dieci anni, del fenomeno della cronicità nel nostro Paese, tenendo conto dei dati ISTAT. Nell'anno 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i



multicronici saranno 14 milioni. La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12 milioni di persone affette nel 2028, mentre l'artrosi/artrite interesserà 11 milioni di italiani; per entrambe le patologie ci si attende 1 milione di malati in più rispetto all'anno 2017. Tra 10 anni, le persone affette da osteoporosi, invece, saranno 5,3 milioni, 500 mila in più rispetto al 2017. Inoltre, gli italiani affetti da diabete saranno 3,6 milioni, mentre i malati di patologie cardiologiche saranno 2,7 milioni. In riferimento alle diverse fasce della popolazione, nell'anno 2028, tra la popolazione della classe di età 45-74 anni, gli ipertesi saranno 7 milioni, quelli affetti da artrosi/artrite 6 milioni, i malati di osteoporosi 2,6 milioni, i malati di diabete circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione. Inoltre, tra gli italiani ultra 75enni 4 milioni saranno affetti da ipertensione o artrosi/artrite, 2,5 milioni da osteoporosi, 1,5 milioni da diabete e 1,3 milioni da patologie cardiache.

Il fenomeno della cronicità e della multicronicità rappresenta una sfida molto impegnativa e importante per il futuro di tutte le popolazioni a livello mondiale poiché, come afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie croniche sono "problemi di salute" che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni" e necessiteranno dell'impegno di circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale (WHO, 2002, "Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action").

Per vincere la sfida contro queste "nuove epidemie" è necessario, come indica il Piano nazionale cronicità adottato dal nostro Paese (con Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016), coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al "macrosistema-salute", formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui.

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 una maggiore richiesta di indagini clinico-diagnostiche, di trattamenti terapeutici e di visite mediche e, nel contempo, l'aumento degli eventi avversi e dell'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 multimorbilità, 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 Life 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 citato Piano Nazionale della cronicità ha ampiamente individuato le problematiche relative all'attuazione dei trattamenti di cura in pazienti cronici con multicronicità 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 Appropriatazza 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 (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 reparti 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

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 da superare 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.

La promozione dell'equità in ambito sanitario è rivolta sia agli utenti dei servizi sanitari che agli operatori sanitari. Nel primo caso è necessario, per esempio, che l'accesso ai servizi sanitari sia disponibile a tutti i cittadini in uguale misura, indipendentemente dal genere di appartenenza, e la qualità dei servizi sanitari erogati sia il più possibile uniforme per tutti i cittadini. Nel secondo caso è necessario che non ci sia, tra gli operatori sanitari, distinzione di genere, violenza, divari salariali, salari irregolari, disoccupazione e ostacoli a raggiungere le posizioni di leadership e quelle decisionali.

Parità di trattamento che risponde al principio, posto al più alto livello dell'ordinamento giuridico, affermato dall'articolo 3 della Costituzione italiana, nei suoi aspetti di uguaglianza formale e sostanziale.

Da ultimo, il Rapporto Osservasalute anno 2018 ha svolto un focus sulle diseguaglianze sanitarie relative all'anno 2017 evidenziando che in Italia la salute non è "uguale" per tutti e che può essere influenzata da altri aspetti quali, ad esempio, il grado di istruzione, il luogo di residenza, le differenti condizioni sociali ed economiche di vita.

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 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 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" ed 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), 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:

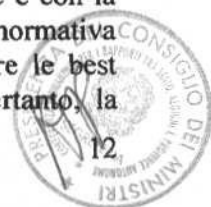
- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale.
- Centri Spoke/Centri Ambulatori di terapia del dolore.
- Centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore.

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.

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 (reparti/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 sovregionale 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 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



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 2019

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2019

1.079.915.671 importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2019 (al 01.01.2018)	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	4.375.865	4.375.865	83.747.403		4.022.453	87.769.856	8.127.473	19.505.935	97.530
VAL D'AOSTA	126.202		-		-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.036.258	10.036.258	192.078.718		9.225.691	201.304.409	18.640.753	44.737.806	223.689
BOLZANO	527.750		-		-	-	-	-	-
TRENTO	539.898		-		-	-	-	-	-
VENETO	4.905.037	4.905.037	93.874.950		4.508.887	98.383.837	9.110.326	21.864.782	109.324
FRIULI	1.215.538		-		-	-	-	-	-
LIGURIA	1.556.981	1.556.981	29.798.249		1.431.233	31.229.482	2.891.845	6.940.427	34.702
EMILIA R.	4.452.629	4.452.629	85.216.549		4.093.017	89.309.566	8.270.050	19.848.120	99.241
TOSCANA	3.736.968	3.736.968	71.519.885		3.435.156	74.955.042	6.940.824	16.657.977	83.290
UMBRIA	884.640	884.640	16.930.665		813.193	17.743.858	1.643.078	3.943.387	19.717
MARCHE	1.531.753	1.531.753	29.315.423		1.408.043	30.723.466	2.844.988	6.827.970	34.140
LAZIO	5.896.693	5.896.693	112.853.738		5.420.453	118.274.191	10.952.169	26.285.206	131.426
ABRUZZO	1.315.196	1.315.196	25.170.852		1.208.976	26.379.827	2.442.767	5.862.642	29.313
MOLISE	308.493	308.493	5.904.087		283.578	6.187.665	572.977	1.375.144	6.876
CAMPANIA	5.826.860	5.826.860	111.517.241		5.356.260	116.873.501	10.822.465	25.973.917	129.870
PUGLIA	4.048.242	4.048.242	77.477.197		3.721.290	81.198.487	7.518.966	18.045.517	90.228
BASILICATA	567.118	567.118	10.853.776		521.315	11.375.092	1.053.331	2.527.996	12.640
CALABRIA	1.956.687	1.956.687	37.448.014		1.798.657	39.246.671	3.634.235	8.722.164	43.611
SICILIA (*)	5.026.989	5.026.989	96.208.926	47.248.204		48.960.722	4.533.754	10.881.010	54.405
SARDEGNA	1.648.176		-		-	-	-	-	-
TOTALE	60.483.973	56.426.409	1.079.915.672		47.248.204	1.079.915.672	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.



ALLEGATO B

ALLEGATO C

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

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	
		Cognome Nome Responsabile
		Ruolo e qualifica
		Recapiti telefonici
		e-mail

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

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
4	<input type="radio"/> Costi per la formazione		
	<input type="radio"/> Costi gestione progetto		
	<input type="radio"/> Costi		
	<input type="radio"/> Costi		



	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	<input type="radio"/> Disponibili		
	<input type="radio"/> Da acquisire		

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

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	1°. Obiettivo 2°. Obiettivo 3°. Obiettivo 4°. Obiettivo

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	



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

