Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE
Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio sanità, lavoro e politiche sociali

Codice sito 4.10/2018/71/CSR

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0013248 P-4.37.2.10
del 27/09/2018
20931959

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Commissione salute
assessore.sanita@cert.regione.piemonte.it
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Vicario Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano
(**CSR PEC LISTA 3**)

E, p.c. Al Ministero della salute
- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione generale della programmazione sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze
- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Coordinamento delle attività dell'Ufficio del Ragioniere generale dello Stato
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Oggetto: Approvazione, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1quater dell'articolo 79 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, della proposta del Ministero della salute di ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, per l'anno 2017, dei progetti delle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto. Fondo Sanitario Nazionale 2017.

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE
Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Si trasmette la documentazione indicata in oggetto trasmessa dal Ministero della salute con nota del 25 settembre 2018.

Al riguardo, si chiede di acquisire dal Coordinamento della Commissione salute l'assenso tecnico ai fini dell'approvazione in sede di Conferenza Stato-Regioni nella prima seduta utile.

La suddetta documentazione sarà disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2018/71.

Il Direttore dell'Ufficio
Cons. Adriana Piccolo

LG

Ministero della Salute
DGPROGS
0027405-P-10/09/2018
296363383

Ministero della Salute

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

AL SIG. MINISTRO
per il tramite
dell'Ufficio di Gabinetto

OGGETTO: Proposta del Ministro della Salute di ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, per l'anno 2017, dei progetti delle Regioni: Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto.
Approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'articolo 79 del decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133.

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

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

Al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti, a seguito della stipula dell'Accordo del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR) e dell'Intesa del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR), quest'ultima relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2017, è stato previsto che il Ministero dell'Economia e delle Finanze erogasse a titolo di acconto, il settanta per cento delle risorse complessive annue spettanti a ciascuna Regione, mentre l'erogazione della quota residua del trenta per cento è subordinata all'approvazione dei progetti da parte della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

Con l' Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), sono state convenute tra Governo e Regioni le linee progettuali di seguito indicate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, garantendo continuità con le linee progettuali individuate per l'anno 2016 (Accordo Stato-Regioni del 14 aprile 2016 – Rep. Atti n. 65/CSR), anche al fine di assicurare la prosecuzione dei progetti finanziati nel medesimo anno. Pertanto, al fine della predisposizione dei progetti regionali per l'anno 2017, sono state integralmente riproposte le linee progettuali già individuate per l'anno precedente.

0000320-05/01/2018-DGPROGS-MDS-A

REGIONE TOSCANA
Giunta Regionale

Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Il Direttore

Allegati: 4

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della programmazione sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Oggetto: Progetti regionali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai fini dell'utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2017.

Con la presente si trasmette la delibera n. 1465 del 19 dicembre 2017, con la quale la Giunta regionale della Toscana ha approvato i "Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2017, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, L 662/1996", in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni rep. atti. n. 181/CSR del 26 ottobre 2017.

Unitamente alla delibera si inviano i relativi allegati ed in particolare:

1. Allegato A, Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai fini dell'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96 per l'anno 2017 – Linee progettuali di cui all'Allegato A all'Accordo Stato-Regioni 26 ottobre 2017;
2. Allegato B, Articolazione delle risorse assegnate alla Regione Toscana per l'anno 2017, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario, di cui all'Accordo Stato-Regioni 26 ottobre 2017;
3. Allegato C, Relazione illustrativa dei risultati raggiunti con i progetti realizzati mediante l'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96 per l'anno 2016.

Distinti saluti.

Monica Piovi

www.regione.toscana.it
segreteria.piovi@regione.toscana.it
posta certificata: regionetoscana@postacert.toscana.it

Via T. Alderotti, 26/n
50139 Firenze,
Tel 055 4383275
Fax 055 4383426

REGIONE TOSCANA
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 19-12-2017 *(punto N 49)*

Delibera *N 1465* *del 19-12-2017*

Proponente
STEFANIA SACCARDI
DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE

Pubblicita'/Pubblicazione Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)
Dirigente Responsabile Monica PIOVI
Estensore ELISA SCOPETANI
Oggetto
Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'utilizzo delle risorse vincolate del FSN per l'anno 2017, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, legge 1996

Presenti

ENRICO ROSSI	VITTORIO BUGLI	VINCENZO CECCARELLI
FEDERICA FRATONI	CRISTINA GRIECO	MARCO REMASCHI
STEFANIA SACCARDI	MONICA BARNI	

Assenti
STEFANO CIUOFFO

ALLEGATI N°3

ALLEGATI

Denominazion	*Pubblicazione*	*Tipo di trasmissione*	*Riferimento*
A	Si	Cartaceo+Digitale	Linee progettuali
B	Si	Cartaceo+Digitale	Risorse
C	Si	Cartaceo+Digitale	Relazione

STRUTTURE INTERESSATE

Tipo	*Denominazione*
Direzione Generale	DIREZIONE DIRITTI DI CITTADINANZA E COESIONE SOCIALE
Direzione Generale	DIREZIONE PROGRAMMAZIONE E BILANCIO

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'art 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 il quale prevede che il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal PSN, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti, ai sensi del successivo comma 34bis;

Visto l'art. 34 bis del suddetto art. 1, legge 662/1996, come modificato dall'art. 79, comma 1 *quater* del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e dall'art. 3 *bis* del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, a norma del quale le Regioni, per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal PSN, elaborano specifici progetti concernenti l'utilizzazione delle quote a tal fine vincolate del Fondo Sanitario Nazionale sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato - Regioni;

Rilevato che, ai sensi del citato art. 1, comma 34 bis, il CIPE, su proposta del Ministro della salute e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, ripartisce tra le Regioni le quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale contestualmente alla ripartizione della quota indistinta del Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente;

Rilevato, altresì, che il 70 per cento dell'importo complessivo spettante a ciascuna Regione viene erogato a titolo di acconto, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinato all'approvazione da parte della Conferenza Stato - Regioni, su proposta del Ministro della salute, dei progetti presentati dalle Regioni, accompagnati da una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente;

Visto il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006/2008, approvato con DPR 7 aprile 2006, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario;

Visto il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 sul quale è stata acquisita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 10 luglio 2014 (rep. n. 82/CSR), nel quale si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni possano essere utilizzate anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del Patto per la salute, purché finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

Vista l'Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2016 per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sancita dalla Conferenza Stato-Regioni il 14 aprile 2016 (rep. Atti. n. 64/CSR)

Visto l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 aprile 2016, rep. atti n. 65/CSR, che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazione ed i relativi vincoli economici per l'anno 2016;

Vista la propria deliberazione n. 562 del 14 giugno 2016 recante l'approvazione dei Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2006/2008 ai fini dell'utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2016, ai sensi dell'art. 1, comma 34 e 34 bis, legge 662/1996;

Vista l'Intesa rep. Atti n. 182/CSR del 26 ottobre 2017 sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017;

Precisato che le risorse assegnate alla Regione Toscana per l'anno 2017 ammontano ad € 85.569.429,00, per l'utilizzo delle quali vengono indicati i seguenti vincoli di destinazione:
•€ 6.935.528,00 per la Linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica;
•€ 16.645.266,00 per la 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, pari a € 83.226,00);

Visto l'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 ottobre 2017, rep. Atti n. 181/CSR, che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ed i relativi vincoli economici per l'anno 2017;

Rilevato che per l'anno 2017 è garantita una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2016, con una particolare attenzione nel campo dell'assistenza primaria, della cronicità e della non autosufficienza, oltre che alle tematiche vincolate relative al Piano Nazionale della Prevenzione, alle cure palliative e terapia del dolore;

Precisato che, con riferimento alla linea progettuale n. 4 "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione", l'Accordo sopra richiamato prevede che 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 (NIEPB), 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 dell'Accordo stesso;

Precisato altresì che, in ottemperanza a quanto sopra riportato, il Coordinamento interregionale Area Prevenzione Sanità Pubblica ha approvato il Progetto per il Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione, trasmettendolo al Coordinamento della Commissione Salute con nota del 6 dicembre 2017 per la successiva approvazione da parte delle Regioni nell'ambito dei progetti attuativi degli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale per l'anno 2017;

Visti gli allegati A, B e C, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, nei quali sono riportati rispettivamente:
A.Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai fini dell'utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2017, ai sensi dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96 – Linee progettuali di cui all'Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni 26 ottobre 2017;
B.Articolazione delle risorse assegnate alla Regione Toscana per l'anno 2017 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario di cui all'Accordo Stato-Regioni 26 ottobre 2017;

C.Relazione illustrativa dei risultati raggiunti con i progetti realizzati mediante l'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96 per l'anno 2016, di cui all'Allegato A dell'Accordo Stato-Regioni 14 aprile 2016;

Considerato che le attività connesse alle iniziative ed interventi proposti in relazione agli indirizzi progettuali per l'anno 2017 sono da intendersi finanziate con le complessive risorse assegnate alle Regioni dalla sopra richiamata Intesa;

Dato atto che le aziende sanitarie toscane sono impegnate nello svolgimento delle attività previste dai progetti di cui sopra, attraverso specifici atti di programmazione regionale;

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

A VOTI UNANIMI

DELIBERA

1.di approvare i progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 riportati nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2.di utilizzare le risorse assegnate alla Regione Toscana per l'anno 2017, pari a di € 85.569.429,00, articolandole sui progetti definiti in relazione alle linee progettuali di cui all'Accordo Stato-Regioni 14 ap 2016, come riportato in Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3.di approvare i risultati raggiunti con i progetti attuativi degli obiettivi prioritari e di rilievo nazionale indicati per l'anno 2016, riportati nella relazione illustrativa di cui all'allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

4.di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute per la valutazione in ordine all'ammissione al finanziamento ed al successivo inoltro alla Conferenza Stato – Regioni.

Il presente atto è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

Il Direttore
MONICA PIOVI

ALLEGATO B

ARTICOLAZIONE DELLE RISORSE ASSEGNATE ALLA REGIONE TOSCANA PER L'ANNO 2017, PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO DI CUI ALL'ACCORDO STATO-REGIONI n. 181/CSR DEL 26 OTTOBRE 2017

Linee progettuali 2017		**Risorse €**
1	Attività di assistenza primaria	23.000.000,00
2	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	6.000.000,00
3	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	6.935.528,00
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	16.645.266,00
5	Gestione della cronicità	17.000.000,00
6	Reti oncologiche	15.988.635,00
Totale risorse		**85.569.429,00**

E' stata evidenziata la necessità di un nuovo approccio sulle linee progettuali, in coerenza con quanto previsto dal Patto per la Salute 2014-2016. In particolare si sottolinea l'impegno congiunto di Governo e Regioni nell'attuare importanti e concrete misure di programmazione e riorganizzazione del sistema salute, con l'obiettivo di aumentarne l'efficienza e di individuare strategie condivise volte a superare le difformità tra aree territoriali, ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, per omogeneizzare e migliorare lo standard di qualità in tutto il Paese. A tal fine è stato convenuto che le risorse vincolate assegnate alle Regioni potessero essere utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti dallo stesso Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. È stato previso che le Regioni impegnate nei Piani di rientro dovessero individuare le linee progettuali da realizzare in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati e che tali risorse non potessero essere destinate ad attività extrasanitarie.

Nell'anno 2017, le linee progettuali hanno concentrato l'attenzione su temi di particolare importanza nell'attuale contesto demografico, economico e sociale del Paese, quali le strategie necessarie per lo sviluppo della medicina d'iniziativa e dell'assistenza primaria per rispondere ai bisogni delle persone fragili, delle cronicità e della non autosufficienza. Inoltre, al fine di realizzare strategie unitarie e concentrare le risorse dedicate, si è stabilita la presentazione di un unico progetto regionale per ciascuna delle linee progettuali individuate per l'anno 2017.

Le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, di cui agli allegati A e B dell'Accordo del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR) sono:

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

Con l'Intesa del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR) è stata approvata la proposta del Ministro della salute relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, per un valore pari a 1.233.784.000 mln di euro da ripartirsi tra le Regioni, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, fermi restando i vincoli sulle risorse destinate ad alcune linee progettuali (Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica; Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione). A norma della vigente legislazione sono escluse dalla ripartizione le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province autonome di Treno e di Bolzano, mentre per la Regione Siciliana sono state operate le vigenti riduzioni.

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

	Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale anno 2016	Quote Vincolate
1	Attività di assistenza primaria	----------

2	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	----------
3	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	100.000.000
4	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	240.000.000
5	Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	----------
6	Reti oncologiche	----------
	TOTALE	340.000.000

In sintesi i contenuti delle linee progettuali individuate dall'Accordo del 26 ottobre 2017:

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

- attivazione/implementazione di forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e multiprofessionali, denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) per l'erogazione delle Cure Primarie, che si prefiggono obiettivi quali: promuovere l'erogazione delle prestazioni territoriali, garantire la continuità delle cure e la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana (H 24), avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale; garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni: relazionale, gestionale ed informativa; favorire la medicina di iniziativa, le iniziative di continuità ospedale-territorio anche attraverso l'individuazione di strutture intermedie di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera (Ospedali di Comunità/presidi territoriali), al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo una omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale, ecc.

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

3. Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica: la linea progettuale si propone, in particolare, di garantire uniformità della presa in carico del paziente con bisogni di cure palliative; perseguire l'individuazione precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative; di ampliare l'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici, di assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica, di garantire un'adeguata assistenza domiciliare, soprattutto in età pediatrica; di sviluppare l'assistenza domiciliare palliativa, garantendo al paziente in carico alla rete la continuità assistenziale tra

hospice e domicilio. Le iniziative sviluppano aspetti quali: la definizione di percorsi e procedure omogenei sul territorio per la individuazione precoce, la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata del paziente (adulto e pediatrico) oncologico e non oncologico con bisogni di cure palliative; la definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa; l'elaborazione di piani di formazione e di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliative di base e specialistica e di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti, ecc.

4. Piano Nazionale Prevenzione: il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) approvato con l'Intesa Stato Regioni del 13 novembre 2014 prevede all'articolo 1, comma 2, che le Regioni recepiscano, con apposita delibera, il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, disponendo di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del Piano Nazionale Prevenzione. La linea progettuale tiene conto di quanto stabilito dall'art. 17 del Patto per la Salute 2014-2016.

   Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione"

   Gli obiettivi generali dell'obiettivo prioritario consistono nel supportare l'attuazione del PNP mediante il sostegno al funzionamento dei tre network regionali individuati dall'articolo 17 del Patto per la Salute: Osservatorio Nazionale Screening (ONS); Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP); Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM).

5. Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche: la linea progettuale propone di garantire numerosi interventi, tra i quali: la continuità delle cure mediante gestione integrata da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri, perseguendo il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, PLS, specialisti e distretti, finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero; l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, la creazione di reti tra le strutture specialistiche; interventi formativi con percorsi di accreditamento, costruzione di banche dati. I nuovi modelli assistenziali per la gestione delle malattie croniche prevedono di: adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali per la definizione di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con cronicità; gestire l'ingresso di ogni persona con patologia cronica nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti; utilizzo di indicatori per la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza; realizzazione di attività formative con percorsi di accreditamento del personale medico e non; realizzazione di banche dati; educazione della popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali; identificazione e sperimentazione di modelli prospettici di stratificazione della popolazione basati sul bisogno di assistenza; sperimentazione di modelli di remunerazione adeguati al malato cronico; individuazione di modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio dell'efficacia dell'empowerment del paziente; sperimentazione di modelli di assistenza in grado di coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente, ecc..

   Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza: la linea propone di garantire la continuità assistenziale della persona fragile o non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e la relativa presa in carico da parte dei servizi territoriali, implementando la presa in carico unitaria ed i punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali, favorendo l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento del MMG nel percorso di cura. Ulteriori obiettivi previsti sono: potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata, anche attraverso la teleconsulenza, il teleconsulto e la teleassistenza; garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere; verificare la corrispondenza, sotto il profilo dell'intensità assistenziale, tra il bisogno riabilitativo e la tipologia di trattamento usufruita dalle persone inserite in strutture territoriali; la rilevazione dei costi dell'assistenza residenziale in strutture per persone non autosufficienti, l'implementazione di attività formative, ecc..

6. Reti oncologiche: la linea progettuale si propone l'adozione di iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione; il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella Guida per la costituzione di reti

oncologiche regionali di cui all'Intesa del 30 ottobre 2014 ed il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida, con particolare riferimento alla costituzione di una rete nazionale dei tumori rari.

A seguito di valutazione istruttoria da parte del competente Ufficio 2 DGPROGS, i progetti presentati dalle Regioni: Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto sono stati ritenuti rispondenti ai parametri dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato - Regioni il 26 ottobre 2016 e, conseguentemente, inoltrati al Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per acquisirne la valutazione.

Il predetto Comitato, nella riunione del 26 luglio 2018 ha espresso valutazione positiva sui progetti presentati dalle Regioni: Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto ritenendoli *"rispondenti ai parametri dell'Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 ai fini della erogazione della quota del 30 per cento delle risorse disponibili per l'anno 2017... ... "*.

È tuttora in corso la valutazione istruttoria dei progetti deliberati dalle restanti Regioni per l'anno 2017, non comprese nella presente proposta.

Tanto premesso, si allegano le delibere regionali dei progetti presentati dalle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto per l'anno 2017, unitamente all'Accordo del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), all'Intesa del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR), al documento relativo alle valutazioni dei progetti regionali inerenti gli obiettivi di piano anno 2017, elaborato dal Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 Marzo 2005.

Si richiede la trasmissione di tali atti alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, ai fini dell'ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate per l'anno 2017, così come individuate nella allegata tabella di riparto di cui all'Intesa del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR), da sottoporre all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Il Direttore Generale
Andrea Urbani

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

Il MINISTRO

Allegati n. 12

Referente:
Dr.ssa Mariadonata Bellentani
Ufficio II DGPROGS
06-59942106
e-mail: md.bellentani@sanita.it

Ministero della Salute
GAB
0008717-P-25/09/2018
I.6.a.p/0
2985545 17

Ministero della Salute

Ufficio di Gabinetto

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano
statoregioni@mailbox.governo.it

e p.c.

Alla Direzione generale della programmazione sanitaria

OGGETTO: Proposta di ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilevo nazionale del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2017 dei progetti delle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto. Fondo Sanitario Nazionale 2017

Si trasmettono in allegato i provvedimenti in oggetto, finalizzati all'ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate per l'anno 2017 per le Regioni: Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto per inserimento all'ordine del giorno della prossima seduta della Conferenza Stato-Regioni.

Il Vice Capo di Gabinetto
Dott. Achille Iachino

IA vs

Data: 10/01/2017

0000860-11/01/2018-DGPROGS-MDS-A

Al Direttore Generale
della Programmazione Sanitaria - Ufficio V
Dipartimento della Programmazione
dell'Ordinamento del Servizio Sanitario
Nazionale
Ministero della Salute
Via Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma

Regione Umbria
Giunta Regionale

Prot.

Documento elettronico sottoscritto mediante firma digitale e conservato nel sistema di protocollo informatico della Regione Umbria

Oggetto: trasmissione DGR n. 1529 del 18/12/2017 recante "*Accordo Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2016. ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96. Definizione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 e relazione illustrativa dei risultati raggiunti per quelli approvati nell'anno 2016.*"

GIUNTA REGIONALE

Direzione Regionale Salute e Welfare. Organizzazione e Risorse Umane

Servizio Programmazione socio- sanitaria dell'assistenza distrettuale. Inclusione sociale, economia sociale e terzo settore

Dirigente
Dott.ssa Nera Bizzarri

REGIONE UMBRIA
Via Mario Angeloni, 61
00124 PERUGIA

TEL. 075 504 5279
FAX 075 504 5569

nbizzarri@regione.umbria.it

In allegato si trasmette la copia della Deliberazione della Giunta regionale in oggetto, completa dei seguenti allegati:

- Allegato 1 Accordo Rep n 181/CSR
- Allegato 2 Obiettivi prioritari anno 2017
- Allegato 3 Relazione Obiettivi prioritari anno 2016

Restando a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti si inviano cordiali saluti.

Il dirigente
Dr.ssa Nera Bizzarri

COD. PRATICA: 2017-001-1483

Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 1529 SEDUTA DEL 18/12/2017

OGGETTO: Accordo Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2016. ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96. Definizione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 e relazione illustrativa dei risultati raggiunti per quelli approvati nell'anno 2016.

		PRESENZE
Marini Catiuscia	Presidente della Giunta	Presente
Paparelli Fabio	Vice Presidente della Giunta	Assente
Barberini Luca	Componente della Giunta	Presente
Bartolini Antonio	Componente della Giunta	Presente
Cecchini Fernanda	Componente della Giunta	Presente
Chianella Giuseppe	Componente della Giunta	Presente

Presidente: **Catiuscia Marini**

Segretario Verbalizzante: Catia Bertinelli

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

L'atto si compone di 14 pagine
Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:
Allegato 1_ Accordo_Rep n 181_CSR.
Allegato 2 DGR ob prioritari 2017.
Allegato 3 relazioni ob prioritari 2016_.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **"Accordo Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2016. ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96. Definizione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 e relazione illustrativa dei risultati raggiunti per quelli approvati nell'anno 2016."** e la conseguente proposta di 'Assessore Luca Barberini

Preso atto:

a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto l'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale:

- al comma n. 34 prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34 bis, di specifici progetti;
- al comma 34 *bis* dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, prevede l'elaborazione, da parte delle Regioni, di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, sulla scorta di linee guida proposte dal Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di conferenza Stato – Regioni;

Visto il comma 34 *bis* dell'art. 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 come modificato per gli aspetti concernenti il finanziamento di progetti regionali in materia sanitaria dall'art. 79 comma 1-*quat*er del decreto legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 e dall'art. 3-*bis* del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n.64 il quale prevede che:

- il CIPE, su proposta del Ministero della salute, d'Intesa con la conferenza Stato – Regioni, provveda a ripartire tra le Regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al predetto comma 34;

- il Ministero dell'economia e delle finanze provveda ad erogare, a titolo di acconto, il 70% dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30% è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministero della Salute, dei progetti presentanti dalle Regioni. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30% ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70% già erogata;

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

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

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

Vista l'intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2016 per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sancita dalla Conferenza stato Regioni il 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 64/CSR);

Visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 ed è stato definito l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e s.i.m.;

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

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 15/9/2016);

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

Visto l'articolo 17, comma 1 della suddetta Intesa, concernente il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016 che conferma, per gli anni 2014-2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 dello stesso Patto, la destinazione 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 network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori*";

Vista l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il "Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018" (Rep. 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 Treno e Bolzano, concernente il" Piano nazionale per

la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione" (Rep. Atti n. 56/CSR del 25 marzo 2015);

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'articolo1, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

Vista l'Intesa sancita in Conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 26 ottobre 2017, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 *bis,* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR), che attribuisce alla Regione Umbria risorse complessive pari a euro 20.365.850,00;

Visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis,* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, sancito dalla Conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017;

Visto l'articolo 4 "Umanizzazione delle cure" del Patto per la salute 2014-2016, il quale prevede che, "nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza" e che, nell'ambito delle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate degli obiettivi di piano, il Ministero della salute propone "gli ambiti prioritari di interventi al fine di dare attuazione all'umanizzazione delle cure";

Visto il Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", e la conseguente Deliberazione della Giunta Regionale n. 212 del 29/2/2016;

Visto il Decreto Ministeriale del 25 gennaio 2016 che ha approvato il "Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018;

Considerato che occorre fare riferimento:

- al Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 2006-2008 (approvato con D.P.R. 7 aprile 2006) il quale, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute ne disponeva il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente stato-regioni 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 Sevizio sanitario nazionale. Il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità territoriali, impegnava lo Stato e le Regioni all'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi. Tali strategie sono declinabili, tramite l'adozione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- al Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, il quale sottolinea esplicitamente la necessità di attuare concrete misure di programmazione sanitaria e di investimento nel sistema salute, promuovendo percorsi di interazione con il territorio e tutte le istituzioni interessate, nonchè di 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;

Visto che, per l'anno 2017, nell'Accordo richiamato in oggetto si è stabilito:

- di garantire una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2016, tenendo conto in particolare della necessità di investire nel campo dell'assistenza primaria, della cronicità e della non autosufficienza, oltre alle tematiche vincolate relative al Piano Nazionale della Prevenzione, alle cure palliative e terapia del dolore;
- di definire 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, indicate negli allegati A e B dell'Accordo medesimo (parti integranti e sostanziali), di seguito elencate:
  - linea progettuale ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA;
  - linea progettuale SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI;
  - linea progettuale CURE PALLIATIVE E TERAPIA DE DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA (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 GESTIONE DELLA CRONICITA' MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA;
  - linea progettuale RETI ONCOLOGICHE;
- di erogare alle Regioni, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse complessive di assegnazione per l'anno 2017, a seguito della stipula dell'Intesa sancita nella Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. n. 182/CSR);
- l'obbligo per le Regioni di inoltrare, entro 60 giorni dalla stipula del citato Accordo Rep. atti n. 181/CSR del 26/12/2017, specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A dello stesso, rispettandone i contenuti, corredati da un prospetto che evidenzi gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire; i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili e i costi connessi; gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti, per ciascuna:
  a) linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti la linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network e la linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore;
  b) delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando le restanti risorse assegnate per gli Obiettivi di Piano;
- di presentare nell'atto di approvazione dei progetti dell'anno 2017, anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti per ogni progetto presentato nell'anno precedente (2016);
- di non dare luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento, qualora i progetti non siano presentati nel termine previsto al punto 4 dell'Accordo 181/CSR/2017, ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, e al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;

Visti i vincoli sulle risorse destinate alle Linee progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, come riportati nella Tabella di cui all'Allegato B dell'Accordo richiamato in oggetto e assegnate alla Regione Umbria, di seguito specificate:

- € 1.650.682,00 per la linea progettuale "*CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA*";
- € 3.961.637,00 per la linea progettuale "*PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO*

NAZIONALE PREVENZIONE" di cui €. 19.808,00 (pari al 5 per mille) per PROGETTI DI SUPPORTO AL PNP NETWORK;

Richiamate le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- n. 658 del 13/06/2016, recante "*Accordo Rep. Atti n. 65/CSR del 14 aprile 2016. Definizione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2016 e relazione illustrativa dei risultati raggiunti per quelli approvati nell'anno 2015";*
- *n.* 752 del 04/07/2016, recante "*Rettifica D.G.R. n. 658 del 13/06/2016.*"*;*
- n.1443 del 4/12/2016 recante "*Disponibilità finanziarie di parte corrente destinate al Servizio Sanitario regionale per l'esercizio 2017. Determinazioni";*

Visto il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).
Richiamato l'art. 22 del Decreto Legislativo n. 33/2013 in ordine all'obbligo di pubblicare ed aggiornare annualmente sul proprio sito istituzionale specifici dati relativi agli enti pubblici vigilati, agli enti di diritto privato in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato.
Vista la legge regionale 9 aprile 2015, n. 11 "*Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali*" aggiornato e coordinato con le modifiche ed integrazioni alla data del 1 febbraio 2017;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;
A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

1) recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis,* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), sancito dalla Conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 26 ottobre 2017, Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto, con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017;
2) di approvare i progetti contenuti nell'Allegato 2 al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, relativi alle linee progettuali di utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della Legge 662/96 alla realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, assegnate alla Regione Umbria per complessivi € 20.365.850 con Intesa Rep. Atti n. 182/CSR/2017 e rispondenti alle linee guida disposte con l'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR/2017;
3) di impegnarsi ad utilizzare le risorse complessivamente assegnate pari ad €. 20.365.850 per le finalità stabilite dall'Accordo richiamato al punto precedente, nel rispetto delle procedure programmatiche e dei tempi previsti dalla programmazione socio-sanitaria regionale, secondo la seguente articolazione:

Linee progettuali 2017 rispondenti alle linee guida disposte con l'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR/2017 RISORSE COMPLESSIVE REGIONE UMBRIA €. 20.365.850	Importo vincolato	Risorse vincolate
Linea progettuale 1: ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA **Progetto: Attività di Assistenza Primaria**	€.3.927.840	no

Linea progettuale 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI **Progetto: Miglioramento del livello di umanizzazione nelle strutture ospedaliere regionali**	€. 848.900	no
Linea progettuale 3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA **Progetto: Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza palliativa specialistica.**	€. 1.650.682	si
Linea progettuale 4: - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE - SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE(risorse dedicate pari al 5 per mille €. 19.808) **Progetto 1: Piano nazionale prevenzione** **Progetto 2: Supporto PNP Network prevenzione**	€. 3.961.637	si
Linea progettuale 5: GESTIONE DELLA CRONICITA' MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA **Progetto**: **Gestione della cronicità, malattie neurodegenerative delle persone in condizione di fragilità e non autosufficienza**	€. 6.917.860	no
Linea progettuale 6: RETI ONCOLOGICHE **Progetto: Reti Oncologiche**	€.3.058.931	no

4) di approvare, con riferimento alla DGR n. 658 del 13/6/2016 rettificata dalla DGR 752 del 4/7/2016, la RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI RISULTATI RAGGIUNTI - ANNO 2016, di cui all'Allegato 3 al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
5) di demandare l'adozione di tutti gli eventuali ulteriori provvedimenti che si dovessero rendere necessari alla dirigente del Programmazione Socio – Sanitaria dell'Assistenza distrettuale. Inclusione sociale, Economia sociale e Terzo settore della Direzione Regionale Salute e Welfare. Organizzazione e risorse umane;
6) di notificare il presente atto alla competente Direzione Generale del Ministero della Salute;
7) di dare atto che sono stati assolti gli obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi agli enti

pubblici vigilati e agli enti privati in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Accordo Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2016. ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96. Definizione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 e relazione illustrativa dei risultati raggiunti per quelli approvati nell'anno 2016.

La Legge 23 dicembre 1996, n. 662, all'articolo 1, comma 34, prevede che il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, possa vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per progetti di rilievo nazionale, da assegnare alle Regioni.

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

Con l'Intesa Rep. Atti n. 182/CSR del 26 ottobre 2017 sono state assegnate alle Regioni le risorse vincolate di che trattasi per complessivi €. 1.223.784.000, evidenziando rispettivamente le quote di €. 863.648.800 pari al 70% e di €. 370.135.220 pari al 30%, da erogarsi in base a quanto sopra specificato. La quota e spettante alla Regione Umbria, per l'anno 2017, corrisponde a complessivi €. 20.365.850.
Le linee guida finalizzate alla predisposizione dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale dell'anno 2017, con riferimento al Piano sanitario nazionale vigente, sono state approvate con l'Accordo sancito in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, repertoriato agli atti al n. 181/CSR del 26 ottobre 2017.
Nelle premesse di tale Accordo si è fatto espresso richiamo:

- al Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 2006-2008 (approvato con D.P.R. 7 aprile 2006) il quale, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute ne disponeva il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente stato-regioni 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 Sevizio sanitario nazionale. Il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità territoriali, impegnava lo Stato e le Regioni all'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi. Tali strategie sono declinabili, tramite l'adozione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di prevenzione, cura e riabilitazione;
- al Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, il quale sottolineava esplicitamente la necessità di

attuare concrete misure di programmazione sanitaria e di investimento nel sistema salute, promuovendo percorsi di interazione con il territorio e tutte le istituzioni interessate, nonchè di 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.

Con riferimento a quanto sopra illustrato, l'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR/2017 ha disposto:

- di garantire una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2016, tenendo conto in particolare della necessità di investire nel campo dell'assistenza primaria, della cronicità e della non autosufficienza, oltre alle tematiche vincolate relative al Piano Nazionale della Prevenzione, alle cure palliative e terapia del dolore;
- di definire 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 con i relativi vincoli economici, indicate negli allegati A e B dell'Accordo medesimo (parti integranti e sostanziali), di seguito elencate:
  - linea progettuale ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA;
  - linea progettuale SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI;
  - linea progettuale CURE PALLIATIVE E TERAPIA DE DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA (con vincolo di risorse complessive pari a 100 milioni di euro);
  - linea progettuale PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE (con vincolo di risorse complessive pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP-Network);
  - linea progettuale GESTIONE DELLA CRONICITA' MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA;
  - linea progettuale RETI ONCOLOGICHE;
- di erogare alle Regioni, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse complessive di assegnazione per l'anno 2017, a seguito della stipula dell'Intesa sancita nella Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. n. 182/CSR);
- l'obbligo per le Regioni di inoltrare, entro 60 giorni dalla stipula del citato Accordo Rep. atti n. 181/CSR del 26/12/2017, specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A dello stesso, rispettandone i contenuti, corredati da un prospetto che evidenzi gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire; i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili e i costi connessi; gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti, per ciascuna:
  a) linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti la linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network e la linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore;
  b) delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando le restanti risorse assegnate per gli Obiettivi di Piano.
- di presentare nell'atto di approvazione dei progetti dell'anno 2017, anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti per ogni progetto presentato nell'anno precedente (approvati con la DGR n. 658 del 16/6/2016 ed integrati con la DGR n. 752 del 4/7/2016);
- di non dare luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento, qualora i progetti non siano presentati nel termine previsto al punto 4 dell'Accordo 181/CSR/2017, ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, e al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione 70 per cento già erogata.
- di ripartire le risorse i vincolate assegnate alla Regione Umbria nell'anno 2017 e destinate a specifiche linee progettuali (Tabella Allegato B dell'Accordo in questione), come segue:

- € 1.650.682 per la linea progettuale "*CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA*";
- € 3.961.637 per la linea progettuale "*PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE*" di cui €. 19.808 (pari al 5 per mille) per PROGETTI DI SUPPORTO AL PNP NETWORK;

Pertanto, in attuazione delle disposizioni richiamate, si propone alla Giunta Regionale di:

1) Recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis,* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), sancito dalla Conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 26 ottobre 2017, Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente atto, con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017;
2) di approvare i progetti contenuti nell'Allegato 2, che è parte integrante e sostanziale del presente atto) relativi alle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse, vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, assegnate alla Regione Umbria per complessivi € 20.365.850 con Intesa Rep. Atti n. 182/CSR/2017 e rispondenti alle linee guida disposte con l'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR/2017;
3) di impegnarsi ad utilizzare le risorse assegnate per le finalità stabilite dall'Accordo richiamato al punto precedente, nel rispetto delle procedure programmatiche e dei tempi previsti dalla programmazione socio-sanitaria regionale, secondo la seguente articolazione:

Linee progettuali 2017 rispondenti alle linee guida disposte con l'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR/2017 RISORSE COMPLESSIVE REGIONE UMBRIA €. 20.365.850	Importo vincolato	Risorse vincolate
Linea progettuale 1: ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA **Progetto: Attività di Assistenza Primaria**	€.3.927.840	no
Linea progettuale 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI **Progetto: Miglioramento del livello di umanizzazione nelle strutture ospedaliere regionali**	€. 848.900	no
Linea progettuale 3: CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA **Progetto: Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza palliativa specialistica.**	€. 1.650.682	si

Linea progettuale 4: - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE - SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE(risorse dedicate pari al 5 per mille €. 19.808) **Progetto 1: Piano nazionale prevenzione** **Progetto 2: Supporto PNP Network prevenzione**	€. 3.961.637	si
Linea progettuale 5: GESTIONE DELLA CRONICITA' MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA **Progetto**: **Gestione della cronicità, malattie neurodegenerative delle persone in condizione di fragilità e non autosufficienza**	€. 6.917.860	no
Linea progettuale 6: RETI ONCOLOGICHE **Progetto: Reti Oncologiche**	€.3.058.931	no

4) di approvare, con riferimento alla DGR n. 658 del 13/6/2016 rettificata dalla DGR 752 del 4/7/2016, la RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEI RISULTATI RAGGIUNTI - ANNO 2016, di cui all'Allegato 3 al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
5) di demandare l'adozione di tutti gli eventuali ulteriori provvedimenti che si dovessero rendere necessari alla dirigente del Programmazione Socio – Sanitaria dell'Assistenza distrettuale. Inclusione sociale, Economia sociale e Terzo settore della Direzione Regionale Salute e Welfare. Organizzazione e risorse umane;
6) di notificare il presente atto alla competente Direzione Generale del Ministero della Salute;
7) di dare atto che sono stati assolti gli obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi agli enti pubblici vigilati e agli enti privati in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato ai sensi dell'art. 22 del D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33.

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 15/12/2017

Il responsabile del procedimento
Michaela Chiodini

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;
Visto il documento istruttorio;
Atteso che sull'atto è stato espresso:
- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
-

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, lì 15/12/2017

Il dirigente del Servizio
Programmazione socio-sanitaria
dell'assistenza distrettuale. Inclusione
sociale, economia sociale e terzo settore

Nera Bizzarri
Titolare

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:
- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,

esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 18/12/2017

IL DIRETTORE
DIREZIONE REGIONALE SALUTE, WELFARE.
ORGANIZZAZIONE E RISORSE UMANE
- Walter Orlandi

Titolare

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore Luca Barberini ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 18/12/2017

Assessore Luca Barberini
Titolare

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

0001097-15/01/2018-DGPROGS-MDS-A

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 12 GEN. 2018 Protocollo n. 12043 Class: C.101 Prat. Fasc. Allegati n.1

Oggetto: D.G.R. Veneto n. 2171 del 29/12/2017 "Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017. Accordo, ai sensi dell'art. 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. Rep. atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017". Trasmissione.

dgprog@postacert.sanita.it

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della
Programmazione Sanitaria
Ufficio V
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 ROMA

In adempimento a quanto sancito nell'Accordo Stato-Regioni, Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017, si trasmette copia della Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 2171 del 29 dicembre 2017 avente ad oggetto "Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017. Accordo, ai sensi dell'art. 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. Rep. atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017", per la valutazione in ordine all'ammissione al finanziamento e per il successivo inoltro alla Conferenza Stato-Regioni.

Si precisa che la Delibera in oggetto ha approvato n. 5 progetti da ammettere al finanziamento, che costituiscono gli Allegati A, B, C, D ed E del provvedimento, nonché ha preso atto delle relazioni illustrative concernenti i progetti approvati per l'anno 2016, contenute nell'Allegato F.

I summenzionati progetti erano già stati anticipati a Codesto Ministero con nota prot. n. 533740 del 21 dicembre 2017, al fine dell'ammissione al finanziamento di cui all'Accordo Stato-Regioni, Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
Dr. Domenico Mantoan

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria
San Polo, 2514 – 30125 Venezia - Tel. 041 2791501 - 2791502
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio F0UPLJ* *P.IVA 02392630279*

0001097-15/01/2018-DGPROGS-MDS-A - Allegato Utente 2 (A02)

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
X Legislatura

Proposta n. 2477 / 2017

PUNTO 30 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 29/12/2017

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2171 / DGR del 29/12/2017

OGGETTO:
Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017. Accordo, ai sensi dell'art. 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. Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017.

5903c149

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Assente
Assessori	Luca Coletto	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Elena Donazzan	Assente
	Federico Caner	Assente
	Elisa De Berti	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTO

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

5903c149

OGGETTO: Progetti relativi agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017. Accordo, ai sensi dell'art. 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. Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il provvedimento si approvano, contestualmente, i progetti elaborati per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilevo nazionale per l'anno 2017 indicati nel Piano Sanitario Nazionale e le relazioni illustrative dei progetti relativi all'anno 2016.

Il relatore riferisce quanto segue.

L'art. 1, comma 34, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662 prevede che, in sede di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, possa vincolare delle quote del Fondo Sanitario alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

Ai sensi del comma 34-bis del medesimo art. 1, Legge n. 662/1996, al fine di poter beneficiare delle quote vincolate del Fondo Sanitario Nazionale, le Regioni devono elaborare specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, sulla scorta delle linee guida proposte dal Ministro della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Il comma 34-bis prevede, altresì, che "*A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le Regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle Regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate 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*".

Nella seduta del 26 ottobre 2017, la Conferenza Stato-Regioni ha sancito l'Intesa, ai sensi dell'art. 1, comma 34-bis della Legge n. 662/1996, Rep. Atti n. 182/CSR per l'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017. L'assegnazione complessiva spettante alla Regione Veneto è stata pari a euro 112.323.602,00.

Successivamente, con Accordo Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017, la Conferenza Stato-Regioni ha individuato le seguenti linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2017:

1. Attività di assistenza primaria;

2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali;
3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica;
4. Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;
5. Gestione della cronicità;
6. Reti Oncologiche.

Conformemente a quanto disposto dall'art. 1, comma 34-bis, della Legge n. 662/1996, l'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017 ha stabilito che, entro 60 giorni dalla stipula dello stesso, i progetti predisposti nell'ambito delle linee progettuali di cui al precedente capoverso, siano presentati dalle Regioni al Ministero della Salute, su proposta del quale, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, saranno sottoposti all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni.

Secondo il medesimo Accordo, la delibera di approvazione dei progetti deve necessariamente contenere "*anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente*".

Pertanto, sulla base delle linee progettuali individuate ed approvate dalla Conferenza permanente, i competenti uffici regionali hanno predisposto i progetti di seguito elencati che, allegati al presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale:
Linea n. 3 "Cure palliative e Terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare" - **Allegato A**
Linea n. 4 "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione" - **Allegato B**
Linea n. 4 "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione - obiettivo prioritario: supporto al Piano Nazionale della Prevenzione network" - **Allegato C**
Linea n. 5 "Gestione della cronicità" - **Allegato D**
Linea n. 6 "Reti oncologiche" - **Allegato E**

Si propone, quindi, di approvare i sopra elencati progetti, da inoltrare al Ministero della Salute per il seguito di competenza, ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017, unitamente alle relazioni illustrative dei risultati per i progetti elaborati nell'anno 2016 e approvati con Delibera della Giunta Regionale n. 930 del 22 giugno 2016, relazioni contenute nell'**Allegato F** parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Al fine di provvedere agli adempimenti conseguenti al presente provvedimento, si incarica la Direzione Programmazione Sanitaria.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO l'art. 1, commi 34 e 34-bis, della Legge 23 dicembre 1996 n. 662 e ss. mm.ii.;

VISTA l'Intesa Rep. Atti n. 182/CSR del 26 ottobre 2017, sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017;

VISTO l'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017, sulla proposta del Ministero 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 2017;

VISTO l'art. 2, comma 2, lett. o) della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012.

DELIBERA

1. di approvare i seguenti progetti, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, elaborati nell'ambito delle linee progettuali individuate dall'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017, 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 2017:

   Linea n. 3 "Cure palliative e Terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare" - **Allegato A**

   Linea n. 4 "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione" - **Allegato B**

   Linea n. 4 "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione - obiettivo prioritario: supporto al Piano Nazionale della Prevenzione network" - **Allegato C**

   Linea n. 5 "Gestione della cronicità" - **Allegato D**

   Linea n. 6 "Reti oncologiche" - **Allegato E**

2. di trasmettere i progetti, di cui al punto precedente, al Ministero della Salute per la successiva approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017;

3. di prendere atto delle relazioni illustrative dei risultati raggiunti, relative ai progetti approvati per l'anno 2016 con D.G.R. n. 930 del 22 giugno 2016, tutte riportate nell'**Allegato F** del presente provvedimento;

4. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria a provvedere in merito all'ulteriore corso del presente provvedimento e agli eventuali adempimenti conseguenti;

5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

GIUNTA REGIONALE DEL VENETO
Copia conforme all'originale
conservato agli atti ad uso amministrativo
Venezia, - 3 GEN. 2018
p. il Segretario
dott.ssa Annalisa Giacometti

FIRMATO

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Avv. Mario Caramel

e7e4bafe

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 181/CSR del 26 ottobre 2017 per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'**anno 2017**

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Cure palliative

3. Linea progettuale: linea n. 3 "Cure Palliative e Terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica".

4. Referente
Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto - Direttore dell'Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA
Indirizzo Rio Novo, 3493 – 30125 Venezia
Tel. 041 – 0412793404 – 3529
E-mail mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491
E-mail area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
E-mail area.sanitasociale@regione.veneto.it

5. Durata del progetto: pluriennale 2014-2017

6. Aspetti finanziari: Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2017: € 9.103.992,00

7. Stato del progetto: in corso di attuazione secondo il cronoprogramma stabilito.

8. Impianto progettuale (sintesi del contenuto del progetto):

PROGETTO CURE PALLIATIVE 2014-2017
Cfr. documento allegato: PROGETTO CURE PALLIATIVE 2014

SINTESI SULLO STATO DI SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE

Nella Regione Veneto, in conformità a quanto stabilito dal PSSR 2012-2016 (LR n. 23/2012) e dalla recente L.R. n. 19 del 25/10/2016, di istituzione dell'Azienda Zero e ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS è in corso un processo di profonda riorganizzazione della rete dei servizi sanitari, al fine di favorire un utilizzo appropriato dei *setting* assistenziali, implementando le capacità del territorio di far fronte ai bisogni dei malati complessi.
In linea con quanto avviato nel corso del 2014, si sta progressivamente estendendo l'attività di cure palliative dalle fasi terminali di malattie oncologiche alle fasi avanzate delle malattie cronico degenerative, mediante lo sviluppo di procedure organizzativo/gestionali e percorsi diagnostico terapeutici, nel rispetto dei criteri di equità, omogeneità, appropriatezza, qualità nell'accesso ai servizi e razionalizzazione delle risorse disponibili delineati nell'Intesa Governo, Regioni e Provincie Autonome del 25/07/2012 e del relativo documento.

Al fine di supportare il processo di riorganizzazione avviato, il Coordinamento Regionale per le Cure Palliative e la Lotta al Dolore, istituito con DGR n. 2145/2013, ha elaborato, in collaborazione con l'U.O. Cure Primarie e LEA, un "Documento di Sviluppo" contenente lo stato dell'arte della programmazione ed una revisione sistematica degli strumenti e delle azioni finalizzate ad una appropriata presa in carico, esplicitando le attività del Coordinamento regionale a supporto della valutazione di obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa. Lo stesso è stato poi inviato alle Aziende ULSS con l'auspicio di rappresentare un contributo per accrescere la consapevolezza sulle potenzialità dello sviluppo di una rete di servizi in grado di garantire una presa in carico integrata.
Inoltre, successivamente al recepimento dell'Intesa Governo, Regioni e Provincie Autonome del 25/07/2012 e del relativo "documento dei 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", è in corso di approvazione il modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore.

PROGETTO CURE PALLIATIVE 2017
STRATEGIE DI SVILUPPO

Premessa:
Con Legge Regionale n. 19/2016 è stata approvata la riorganizzazione delle Aziende ULSS (con passaggio da 21 Aziende ULSS a 9 Aziende ULSS) e l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali. Detta riorganizzazione impone di ricercare una uniformità nei modelli assistenziali al fine di garantire, da un lato, l'equità nel contesto regionale e, dall'altro, facilitare le procedure di dialogo e i collegamenti funzionali all'interno delle nuove Aziende, quali risultanti dell'accorpamento di differenti modelli organizzativi.

Obiettivi:
Anche per il 2017 la Regione intende proseguire con lo sviluppo delle attività utili al perseguimento degli obiettivi dichiarati per il 2016 in ambito di Cure Palliative e Lotta al Dolore.

Al fine di supportare e facilitare la riorganizzazione in corso, anche alla luce della revisione dell'assetto delle Aziende ULSS (LR n. 19/2016), si intende ultimare:
- la definizione di linee di indirizzo organizzativo/gestionali (anche attraverso la revisione degli atti aziendali);
- la definizione di percorsi integrati di cura e dei relativi indicatori;
- l'implementazione di un cruscotto per il monitoraggio dei servizi offerti su tutto il territorio regionale;

al fine di garantire equità, omogeneità, appropriatezza, qualità nell'accesso ai servizi e uso appropriato delle risorse disponibili.

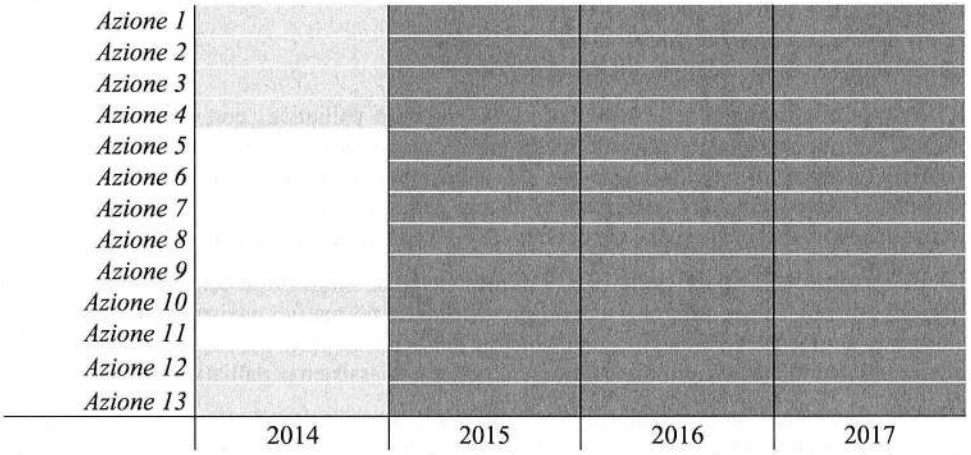
Descrizione del Progetto:
A parziale modifica del cronoprogramma, vista la profonda e generale riorganizzazione dell'intero SSR della Regione Veneto, come citato in premessa, nel corso del 2017 si intende proseguire con lo sviluppo di tutte le fasi avviate tra il 2014 e il 2016:

- AZIONE 1. Completamento dell'attivazione dell'UO Cure Palliative attraverso la definizione delle nuove linee guida degli atti aziendali;
- AZIONE 2. Messa a regime dei Nuclei di Cure Palliative;
- AZIONE 3. Messa a regime degli Ambulatori di Cure Palliative;
- AZIONE 4. Estensione dell'attivazione delle unità di offerta delle Cure Palliative residenziali;

- AZIONE 5. Implementazione degli interventi per la garanzia d'accesso alla rete della terapia del dolore che si articola principalmente su tre nodi complementari:
  - ambulatori dei Medici di Medicina Generale;
  - centri Spoke/Centri ambulatoriali di terapia del dolore;
  - centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore.
- AZIONE 6. Compilazione delle liste dei malati in cure palliative, con il supporto della Centrale Operativa Territoriale, quale strumento di supporto organizzativo per la presa in carico tempestiva ed appropriata, nonché di monitoraggio per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, distinguendo i malati candidati a programmi di cure palliative base sotto la responsabilità del medico di medicina generale, e dei malati che necessitano di cure palliative specialistiche.
- AZIONE 7. Adozione da parte delle UOCP di un sistema di valutazione della quantità e la qualità delle prestazioni erogate, in accordo con quanto previsto dalle normative nazionali e regionali, utilizzando regolarmente strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei familiari per le cure prestate al malato durante il periodo di assistenza palliativa.
- AZIONE 8. Definizione di metodologie condivise per la presa in carico integrata che coinvolge l'UOCP e il Medico di Medicina Generale: durante il percorso di cura il malato può aver bisogno di più setting assistenziali; i passaggi vanno, quindi, formalizzati allo scopo di garantire omogeneità e appropriatezza. In particolare si ritiene opportuna l'adozione della Scheda preliminare di segnalazione del paziente con bisogno di cure palliative e della Scheda di accesso in Hospice (DGR n. 3318/2008).
- AZIONE 9. Collegamento Funzionale con le Medicine di Gruppo Integrate/AFT, allo scopo di integrare le attività di base con quelle specialistiche. A tale proposito si intende proseguire con l'attivazione delle Medicine di Gruppo Integrate e delle altre forme evolute della Medicina Generale.
- AZIONE 10. Definizione a livello regionale di PDTA e Processi integrati di cura con una metodologia condivisa.
- AZIONE 11. Progettazione ed avvio di percorsi di formazione continua per gli operatori, sia a livello Aziendale che Regionale, ed attivazione delle procedure di AUDIT. La formazione multidisciplinare degli operatori è un elemento indispensabile per il mantenimento di adeguati livelli qualitativi dell'assistenza. L'UOCP attiva, con le strutture aziendali dedicate, percorsi formativi per gli operatori a tutti i livelli, ivi comprese le associazioni di volontariato. I percorsi formativi devono far parte della produzione e applicazione dei PDTA.
- AZIONE 12. Implementazione progressiva di percorsi specifici, all'interno delle Centrali Operative Territoriali, per la gestione dei percorsi dei malati in Cure Palliative con personale dedicato e specificatamente formato;
- AZIONE 13. Diffusione di programmi per il supporto sociale e spirituale a malato e famiglia, supporto al lutto, informazione alla popolazione, supporto psicologico all'equipe, valutazione della qualità delle cure.

La piena realizzazione delle azioni sopradescritte per il 2017 sarà pertanto subordinata all'esito della profonda riorganizzazione delle Aziende del SSSR, che potrà di fatto trovare compimento soltanto una volta approvate le nuove Linee guida per gli atti aziendali e la conseguente adozione dei nuovi atti da parte delle Aziende ULSS, nonché la piena operatività dell'Azienda Zero.

Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma pluriennale) – Cronogramma



Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 181/CSR del 26 ottobre 2017 per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'**anno 2017**

1.Regione proponente: Regione del Veneto

2.Titolo del progetto: Piano Regionale Prevenzione 2014-2018

3.Linea progettuale: Linea 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione

4. Referente
Dr.ssa Francesca Russo – Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Indirizzo: Rio Novo Dorsoduro, 3494/A - 30123 Venezia
Tel. 041/2791353 – 1352 - 1320
Fax 041/2791331
E-mail: PrevenzioneAlimentareVeterinaria@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491
E-mail area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
E-mail area.sanitasociale@regione.veneto.it

5. Durata del progetto: 2014-2018

6. Aspetti finanziari: Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2017: € 21.849.582

Obiettivo prioritario "Piano nazionale della prevenzione"

Sulla base di quanto indicato all'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014 concernente il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, con l'Accordo Rep. Atti 56/CSR del 25 marzo 2015 è stato approvato il "Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 – Documento di valutazione".

Nel corso del 2017 verranno proseguite le attività del Piano Regionale Prevenzione-PRP 2014-2018 (D.G.R. n. 749/2015 e Decreto n. 10 del 29.05.2015 del Direttore della Sezione Prevenzione e Sanità Pubblica) e declinate a livello locale nei Piani di Prevenzione Aziendali – PPA (D.G.R. 1167/2015).

Implementazione del Protocollo d'Intesa Scuola-Regione siglato il 6 dicembre 2016.
La struttura del PRP poggia sul fondamento che è necessario, per poter dare delle risposte, realizzare e sostenere una rete robusta che interconnetta le strutture regionali di governo, le Aziende Ulss, in particolare, i Dipartimenti di Prevenzione, tutte le istituzioni pubbliche, regionali e locali, protagonisti della società civile e del mondo produttivo nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Il citato Protocollo rappresenta una espressione dell'intersettorialità e dell'integrazione necessarie per un buon sviluppo del PRP in quanto promosso da un Coordinamento regionale per la Salute in tutte le Politiche composto da 11 diverse strutture regionali e la Scuola con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Vento e gli Uffici Ambiti Territoriali.

Operativamente si provvederà alla stesura di un Programma delle attività congiunte per l'anno scolastico 2017/2018 quale strumento a supporto dello sviluppo dei PPA per assicurare interventi integrati e coordinati di promozione della salute, che puntino all'ottimizzazione delle risorse e alla modifica degli stili di vita e di tutti gli ambienti della quotidianità e del lavoro, tutto ciò per garantire pari opportunità di salute a ogni cittadino e promuovere un processo culturale trasversale capace di andare oltre le differenze di genere, culturali, sociali ed economiche con il contributo di tutti gli stakeholders non solo appartenenti al mondo sanitario.

Monitoraggio costante delle attività centrali e delle attività aziendali
Nel corso del 2017 le Aziende Ulss sono impegnate a sviluppare i programmi e le azioni così come previsti dai rispettivi Piani di Prevenzione Aziendali approvati con le delibere aziendali nell'anno 2015 e aventi validità programmatoria triennale (2016-2018).
Nel "Documento di Valutazione" allegato al Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 il Ministero della Salute ha dato chiare indicazioni per accompagnare la realizzazione del PRP con un modello di valutazione che possa essere comparato a livello nazionale e che possa essere utile in questa fase di sviluppo del PRP per la rimodulazione del Piano stesso da effettuarsi nel corso dei primi mesi del 2018. La valutazione diventa così una modalità di lavoro che rende possibile governare a tutti i livelli il PRP, è un tentativo di governance multilivello della prevenzione, attivato a livello centrale, ma che a sua volta ha ricadute nel rapporto tra Regione e territori.
Nel corso del 2017 verranno svolti monitoraggi puntuali delle attività realizzate e dei risultati raggiunti sia rispetto il set di indicatori centrali concordati tra Ministero e Regioni come gli indicatori sentinella individuati per ogni Programma da sottoporre a verifica nel tempo. Sono stati attivati due diversi sistemi di monitoraggio:

- un sistema relativo alle attività centrali svolte nell'ambito dei diversi Programmi a cura degli Enti/Aziende ULSS Funzione/Assegnatari a servizio di tutto il territorio regionale. Le attività centrali monitorate sono: Formazione - Incontri di coordinamento con i Referenti aziendali di Programma – Comunicazione – Sorveglianze – Laboratori;

- un monitoraggio delle attività aziendali svolte a livello di ogni singola Azienda ULSS nello sviluppo del proprio PPA. E' stato predisposto un applicativo *ad hoc* sfruttando la stessa infrastruttura utilizzata dal Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale regionale (SIAVr) fornendo ad ogni Coordinatore Aziendale PPA le credenziali per l'inserimento dei dati.

A supporto della stesura del Piano Prevenzione Regionale e dei Piani di Prevenzione Aziendali verrà continuata la collaborazione con l'Università di Ca' Foscari di Venezia. La collaborazione si concretizzerà nel supporto alle attività di valutazione e di monitoraggio.

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 181/CSR del 26 ottobre 2017 per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'**anno 2017**

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Attività dei network nazionali ONS, AIRTUM E NIEBP a supporto del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018

3. Linea progettuale: linea n. 4 - Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione – obiettivo prioritario: "supporto al Piano Nazionale della Prevenzione"

4. Referente
Dr.ssa Francesca Russo – Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Indirizzo: Rio Novo Dorsoduro, 3494/A - 30123 Venezia
Tel. 041/2791353 – 1352 – 1320
Fax 041/2791331
E-mail: PrevenzioneAlimentareVeterinaria@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491
E-mail area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
E-mail area.sanitasociale@regione.veneto.it

5. Durata del progetto: Anno 2017.

6. Aspetti finanziari:
Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2017: € 109.248 (Allegato B – Rep. Atti n. 181/CSR del 26/10/2017). Il finanziamento previsto per tale progetto è di € 109.248, da suddividersi equamente tra i tre Network nazionali ONS, NIEBP e AIRTUM.

Contesto:
Il Piano Nazionale Prevenzione per la sua realizzazione e valutazione necessita di attività di supporto relative a programmazione e pianificazione regionale, definizione di modalità operative, monitoraggio e valutazione per i programmi di screening, identificazione di interventi preventivi efficaci, costituzione di banche dati omogenee e qualitativamente elevate utili all'epidemiologia descrittiva, clinica ed ambientale al fine di realizzare una pertinente ed efficace programmazione sanitaria. Sono necessari, inoltre, interventi di quality assurance, promozione della ricerca, stesura di linee guida, diffusione dei risultati, formazione e miglioramento della comunicazione. Tale attività di supporto al Piano Nazionale Prevenzione viene assicurata da tre reti nazionali costituite nello specifico dall'Osservatorio nazionale Screening (ONS), dall'Evidence-based prevention (NIEBP) e dall'Associazione italiana registri Tumori (AIRTUM), a cui con l'art. 17, comma 2, del Patto per la Salute 2014-2016, approvato il 10/7/2014, le Regioni e le Provincie autonome "convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale di Prevenzione ... venga destinato alla linea progettuale per le attività di supporto al PNP medesimo da parte dei tre network" sopra citati.

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è attivo da circa 15 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'ISPO di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del

2004) individuava l'ONS come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.
L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) è l'Associazione che coordina i 49 RT generali di popolazione e i 7 RT specializzati, accreditati in AIRTUM. I dati prodotti dai RT servono per l'epidemiologia descrittiva (costituzione di banche dati e divulgazione dati), valutazione di impatto degli screening oncologici, programmazione sanitaria (pianificazione di interventi), supporto della ricerca e valutazione del rischio. La sede legale dell'Associazione è Milano, Via Ricciarelli, 29. La Banca dati dei RT è collocata presso ISPO, Firenze.
Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEBP) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Sviluppa metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione.

Obiettivi:
Gli obiettivi di questa linea progettuale specifici per i tre Network sono i seguenti:

Osservatorio Nazionale Screening
- Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nell'anno 2017; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute.
- Formazione a livello regionale e nazionale
- Attività di quality assurance

Associazione Italiana Registri Tumori
- Estensione progressiva della copertura della registrazione regionale e nazionale dei Registri Tumori
- Accreditamento dei Registri Tumori e formazione permanente
- Analisi dei dati nazionali presenti nella banca dati AIRTUM
- Produzione di materiale scientifico

Network per l'Evidence Based Prevention
- Supporto alle Regioni per la pianificazione e valutazione dei piani regionali di prevenzione, l'orientamento alla scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'uso della matrice NIEBP
- Ricerca di interventi e programmi innovativi
- Sviluppo di una rete regionale di "antenne NIEBP" e formazione e disseminazione delle evidenze

Descrizione del Progetto:
Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività.

OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING (ONS), nell'ambito delle attività a supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e di supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale, svolgerà le seguenti azioni:

1. *Realizzazione della Survey annuale per il monitoraggio dell'attività di screening oncologico (valutazione LEA).*
   Raccolta, elaborazione e produzione della survey annuale sull'andamento dei programmi di screening, elaborazioni degli indicatori, produzione di rapporti regionali in cui i risultati dei principali indicatori. Questa attività sfrutta il network esistente di tre centri (CPO Piemonte, Direzione Prevenzione – Coordinamento Screening - Regione Veneto, ISPO Toscana, per cui ognuno esegue rispettivamente le survey cervicale e quella SQTM; quella colo rettale; e la survey per il tumore della mammella). Produzione di articoli scientifici di valutazione più approfondita dei risultati.

2. *Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening.*
   Supporto alle Regioni che richiederanno assistenza di carattere clinico-informatico per la predisposizione all'invio e la successiva spedizione dei dati individuali al sistema. Analisi periodica tramite cruscotto NSIS dei dati inviati e trasformazione di questi negli indicatori per valutare la qualità dei programmi di screening.

3. *Attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale*
   Per formazione intendiamo tutti i mezzi in grado di migliorare la qualità tecnico professionale dei professionisti coinvolti nello screening, sia la qualità organizzativa/gestionale dei singoli programmi. Realizzazione in accordo con le società scientifiche multi disciplinari sia di corsi a livello nazionale, sia l'apertura a professionisti di altre Regioni dei corsi che si tengono in una Regione per i propri operatori di screening, sia a corsi FAD, sia all'utilizzo di piattaforme già esistenti in una data regione etc. In particolare saranno da privilegiare la possibilità di stage formativi presso centri di eccellenza per lo screening di professionisti provenienti da altre Regioni. Sia i centri formativi che i corsi dovranno essere definiti a livello nazionale da parte dell'ONS.
4. *Attività di Quality Assurance (QA)*
   Site-visit/audit (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale e Regionale) da parte di gruppi di professionisti individuati dall'ONS che, con metodiche standardizzate, analizzino a fondo le performance di un singolo programma aziendale regionale ovverosia di un intero sistema regionale, e successivamente in visite sul posto siano capaci di individuare le cause organizzative o tecniche professionali che le determinano. La struttura centrale di ONS si incaricherà di organizzare le singole site visit, scegliere i professionisti, curare gli aspetti logistici. I professionisti devono ricevere un mandato formale da parte dell'ONS, riconosciuto dall'ente di appartenenza del professionista.
   Saranno sperimentate e messe in atto modalità di Quality Assurance sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle survey generalizzate all'insieme delle Regioni e dei programmi. Tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle survey, la segnalazione ai responsabili delle criticità e la richiesta di una relazione sulle azioni intraprese e l'analisi dei dati before / after.
5. *Promozione della ricerca in ambito di screening*
   Creazione di gruppi di lavoro e/o creazione di database di dati da analizzare al fine di approfondire tematiche conoscitive utili alla programmazione e al monitoraggio Regionale. Ovviamente l'interesse di tali ricerche dovrà essere definito dall'ONS. A tal fine ONS (in accordo con le società scientifiche multi disciplinari) finanzierà quanto necessario all'attività.
6. *Produzione di linee guida/procedure in ambito di screening*
7. *Sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati*
   Attività svolta in collaborazione con le Società scientifiche multidisciplinari. Produzione di materiale informativo per gli utenti e per la comunità sanitaria: lettere di invito e sollecito, informazione digitale e utilizzo di nuove tecnologie (siti internet sms-social). Il gruppo di lavoro realizzerà materiale utilizzabile e personalizzabile (inserendo i riferimenti locali, loghi etc) a disposizione di tutte le Regioni. Valutazione del materiale informativo prodotto dai singoli centri.

ASSOCIAZIONE ITALIANA REGISTRI TUMORI (AIRTUM), nell'ambito delle attività di supporto scientifico ed organizzativo all'attività dei Registri Tumori accreditati ed in attività, promozione della standardizzazione delle regole di registrazione, formazione continuativa del personale, valutazione della qualità dei dati, e di supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale, svolgerà le seguenti azioni:

1. *Integrazione tra i vari Registri Tumori (RT) italiani*
   Aiurtum supporta le regioni per l'integrazione tra i vari RT italiani che già coprono l'intero territorio regionale (solo 4, per ora) e i RT che hanno una copertura provinciale o sub-provinciale assicurando un lavoro di "rete" tra i RT e rappresentandoli presso le istituzioni sia a livello nazionale che internazionale.

2. *La Banca dati AIRTUM*
   I dati dei RT regionali e locali vanno inviati alla Banca dati AIRTUM. La Banca dati nazionale contiene i dati di oltre tre milioni di malati di tumore e quasi un milione e mezzo di deceduti per cause oncologiche. La banca dati è consultabile attraverso una piattaforma d'interrogazione e analisi interattiva dei dati dei Registri (ITACAN) e produce report annuali di approfondimento sui dati epidemiologici salienti relativi alla diffusione del cancro in Italia. Tutte le pubblicazioni prodotte sono liberamente consultabili sul sito AIRTUM www.registri-tumori.it.
3. *Copertura territoriale*
   Supporto alle regioni per garantire un ampliamento della copertura fino ad arrivare ad un livello regionale (come previsto dal recente DPCM che prevede l'istituzione di un RT nazionale e Centri di Riferimento Regionali). Ad oggi solo Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Basilicata e Veneto hanno un RT regionale. Tutte le altre regioni italiane hanno una copertura quasi regionale (Emilia-Romagna, Sicilia e Calabria) o almeno il 30% di copertura. Solo due regioni (Molise e Abruzzo) non hanno nessun'area accreditata in AIRTUM.
4. *Tempestività dei dati*
   Favorire la tempestività dei dati: si stanno adottando procedure di automazione soprattutto per le regioni che coprono aree ampie (Lazio e Veneto), ma sono a disponibili sistemi di tutoraggio e affiancamento per le altre regioni italiane.
5. *Qualità dei dati*
   Obiettivo prioritario è la qualità dei dati raccolti. A tal fine è messo a disposizione delle Regioni un "check AIRTUM" per garantire uniformità e qualità della registrazione. Una volta inviati alla banca dati, i dati vengono sottoposti ad ulteriori controlli di qualità.
6. *Formazione*
   Formazione attraverso corsi di formazione a livello frontale, corsi di base ed un corso avanzato (il cosiddetto Corso di Camerino); è stato implementato anche un Corso FAD per la registrazione dei tumori.
7. *Accreditamento*
   AIRTUM ha messo a punto delle procedure per la raccolta e l'analisi dei dati. I nuovi RT, prima di inviare i dati alla Banca dati, devono superare un percorso di Accreditamento, fondamentale per garantire la qualità dei dati. I RT in attività possono chiedere ad AIRTUM un tutoraggio per garantire qualità ed omogeneità nella registrazione.
8. *I dati per la ricerca, la programmazione e l'ambiente*
   Supporto alle Regioni per avvio di studi ed indagini di carattere ambientale, per la ricerca, per la programmazione sanitaria e la valutazione di impatto degli screening oncologici.
9. *I Numeri del cancro in Italia nel 2018*
   AIRTUM si impegna a garantire, per la prossima pubblicazione de "I numeri del cancro in Italia 2018", il più ampio coinvolgimento delle regioni nella produzione e valutazione delle stime di incidenza, sopravvivenza e prevalenza per regioni.

EVIDENCE-BASED PREVENTION (NIEBP), nell'ambito delle attività di supporto alla pianificazione e alla valutazione dei piani regionali di prevenzione, di censimento, valutazione e messa a disposizione dei decisori delle politiche della prevenzione e degli operatori del settore degli interventi di prevenzione efficaci, svolgerà le seguenti azioni:

1. *Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione (PRP)*
   Messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili, su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP. Utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze che raccoglie, per quasi tutti i principali fattori di rischio del PNP, le migliori evidenze di efficacia disponibili nella letteratura scientifica accreditata secondo un approccio standardizzato. La matrice è accessibile liberamente dal sito http://niebp.agenas.it/. Per le popolazioni target del PNP sono raccolte le principali Linee guida nazionali e internazionali, le revisioni sistematiche e gli interventi adottati in Italia di cui sono disponibili studi che ne abbiano verificato l'efficacia. I materiali sono stati selezionati attraverso strumenti standardizzati (quali AGREE II e il Quality Assessment Tool del

portale Health Evidence), e le linee guida e le revisioni realizzate all'estero sono state sintetizzate in documenti in italiano: le Quick Reference Guide (QRG) e le Quick Summary Review (QSR). Supporto alle regioni per la scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze.

2. *Risposta a quesiti specifici provenienti dalle Regioni, riguardo all'efficacia di specifici interventi*
   Sviluppo di una rete regionale di "antenne" del NIEBP con funzione di interfaccia con i centri di ricerca, di gestione della domanda, ovvero dei quesiti sulla efficacia di interventi posti a livello regionale o locale, di disseminazione dell'uso delle prove di efficacia elaborate.
   Formazione dei collaboratori dei centri di ricerca e delle "antenne" regionali del NIEBP.
   Risposta a quesiti specifici delle regioni rispetto alla eventuale efficacia di interventi di prevenzione non inclusi nel PNP (ad esempio screening per l'autismo, sigillatura dentale per la prevenzione della carie). Verrà effettuata una Rapid Review della letteratura al fine di sintetizzare i risultati di studi di valutazione.
3. *Horizon scanning, ovvero ricerca attiva di interventi e programmi innovativi.*
   Tale attività si attiva per interventi prodotti dalle regioni e ancora da valutare, oppure presenti in letteratura e ancora da trasferire. Nel primo caso verrà dato supporto per la valutazione dell'intervento (come avvenuto ad esempio per Luoghi di Prevenzione o Paesaggi di Prevenzione), nel secondo verranno intrapresi percorsi di adattamento e disseminazione.
4. *Formazione e disseminazione delle evidenze*
   Completamento e aggiornamento della matrice NIEBP delle evidenze.
   Organizzazione di eventi di formazione e di aggiornamento rivolti a professionisti impegnati nell'attuazione o rimodulazione dei PRP.
   Costituzione di un sito internet che raccolga tutte le risorse di EBP dei siti del CCM, dell'ISS e delle società scientifiche.

Indicatori
Gli indicatori specifici per Network sono i seguenti:

Osservatorio Nazionale Screening
- avvenuta predisposizione delle schede per la raccolta dei dati per la survey nazionale delle attività di screening del 2017
- avvenuta predisposizione del Rapporto annuale per le Regioni ed invio del medesimo
- produzione dei risultati delle tre survey e presentazione al convegno nazionale dell'ONS dove saranno discusse anche le principali problematiche emerse nel corso dell'anno.
- pubblicazione dei risultati nel sito dell'ONS in formato scaricabile

Associazione Italiana Registri Tumori
- Corsi di formazione frontali per operatori di registri tumori.
- Precorso di accreditamento e valutazione qualità dei dati per nuovi registri tumori.
- Aggiornamento della Banca Dati AIRTUM con la casistica dei registri tumori Italiani (nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici).
- Aggiornamento del sito internet ITACAN con la casistica dei registri tumori Italiani (inclusi nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici).
- Pubblicazione annuale del Volume "I numeri del cancro in Italia".
- Pubblicazione del Volume "Rapporto AIRTUM sui trend temporali".

Network per l'Evidence Based Prevention
- completamento e aggiornamento della Matrice delle Evidenze del NIEBP http://niebp.agenas.it/, anche con l'elaborazione di linee guida originali di prevenzione, in accordo con il Sistema Nazionale Linee Guida
- identificazione per ogni regione partecipante di un soggetto che funga da "Antenna" per svolgere il ruolo di interfaccia con il NIEBP
- formazione delle "antenne" di tutte le regioni coinvolte

- organizzazione di almeno 3 eventi formativi interregionali sulla prevenzione efficace e sull'uso degli strumenti sviluppati dal NIEBP
- supporto alla programmazione di tutte le regioni che ne faranno domanda
- risposta ad almeno 5 quesiti di efficacia che vengano posti dalle regioni (ad esempio: è efficace lo screening per l'autismo?)
- inizializzazione dell'horizon scanning, cioè della ricerca nelle fondi bibliografiche, di interventi che rispondano agli obiettivi del PNP ritenuti trasferibili ai nostri contesti
- predisposizione di una procedura per il supporto alla valutazione di efficacia di interventi identificati come promettenti dalle Antenne
- diffusione dei risultati

Cronogramma

Osservatorio Nazionale Screening

Anno	2017											
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Predisposizione schede* per la raccolta dei dati	X	X	X									
Invio schede alle regioni			X									
Ricezione dati prima parte della survey, verifica dati				X	X	X						
Analisi dei risultati prima parte e produzione indicatori						X	X	X				
Ricezione dati seconda parte della survey, verifica dati								X	X	X		
Analisi dei risultati seconda parte e produzione indicatori									X	X	X	
Produzione rapporto per ciascuna regione											X	X
Presentazione risultati convegno ONS												X
Diffusione dei risultati (sito ONS), pubblicazioni, …												X

* schede relative alla survey nazionale.

Associazione Italiana Registri Tumori

Anno	2017											
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Formazione	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X
Accreditamento		X	X						X	X	X	X
Aggiornamento Banca Dati AIRTUM	X	X							X	X		
Aggiornamento del sito internet ITACAN									X	X	X	X
Pubblicazione de "I numeri del cancro in Italia".	X	X	X	X	X	X			X			
Pubblicazione del "Rapporto AIRTUM sui trend temporali".									X	X	X	X

Network per l'Evidence Based Prevention

Anno	2017											
Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
completamento e aggiornamento della Matrice	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
identificazione delle "Antenna" del NIEBP		X	X	X	X							
formazione delle "antenne"						X	X		X			
3 eventi formativi interregionali				X					X			X
supporto alla programmazione									X	X	X	X
risposta ad almeno 5 quesiti di efficacia					X	X	X		X	X	X	X
inizializzazione dell'horizon scanning		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
supporto alla valutazione									X	X	X	X
diffusione risultati												X

ea10912b

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 181/CSR del 26 ottobre 2017 per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'**anno 2017**

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: La gestione integrata della cronicità nella Regione Veneto: il modello di *Care Management Team*

3. Linea progettuale: linea n. 5 "Gestione della cronicità".

4. Referente
Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto - Direttore Unità Organizzativa Cure Primarie e LEA
Indirizzo Rio Novo, 3493 – 30125 Venezia
Tel. 041 – 0412793404 – 3529
E-mail mariacristina.ghiotto@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491
E-mail area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
E-mail area.sanitasociale@regione.veneto.it

5. Durata del progetto: pluriennale 2017-2019

6. Aspetti finanziari: importo assegnato a valere sulla somma disponibile 2017: € 50.370.028

Contesto:
Nella Regione Veneto, in conformità a quanto stabilito dal PSSR 2012-2016 (L.R. n. 23/2012) e dalla L.R. n. 19 del 25/10/2016, di istituzione dell'Azienda Zero e ridefinizione dell'assetto organizzativo delle Aziende ULSS, è in corso un processo di riorganizzazione della rete dei servizi sanitari al fine di orientare il Sistema verso un modello di assistenza:
- organizzato intorno alla persona
- fondato su team multiprofessionali
- strutturato su processi integrati

I mutamenti socio-demografici e dei bisogni richiedono una profonda reingegnerizzazione della rete assistenziale verso la creazione di una «filiera dell'assistenza territoriale» fondata su processi coordinati e collegamenti funzionali tra gli Attori del Sistema. Alla luce di questi cambiamenti, la programmazione regionale, in conformità a quanto stabilito dal Piano Nazionale della Cronicità, riconosce la necessità di definire linee di sviluppo generali condivise che comprendano: il cambiamento organizzativo e gestionale del SSSR, l'implementazione e diffusione di percorsi assistenziali condivisi, la diffusione di un modello di presa in carico del paziente cronico, la creazione di relazioni funzionali tra Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione, il consolidamento dei flussi informativi.

Obiettivi strategici
Nello specifico gli obiettivi che si intende perseguire nell'ambito delle Assistenza Territoriale sono:
1. Riorganizzazione del Distretto;
2. Definizione e implementazione dei percorsi assistenziali integrati;
3. Sviluppo delle Cure Primarie e del Care Management Team;
4. Implementazione del modello di Centrale Operativa Territoriale.

Descrizione del progetto
La gestione integrata e la continuità dell'assistenza rappresentano i due obiettivi principali del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, che danno valore all'assistenza garantita nella nostra regione.

Il SSR, infatti, deve essere in grado di aiutare le persone a raggiungere il massimo grado di funzionalità possibile in relazione al proprio stato di salute, prevedendo una presa in carico efficace ma sostenibile sia in termini economici ma anche in termini di valori individuali e sociali.

Tuttavia, a seguito della approvazione della L.R. n. 19/2016 che ha previsto il passaggio da n. 21 Aziende ULSS a n. 9 Aziende ULSS, si pone la necessità di ricercare una uniformità nei modelli assistenziali al fine di garantire, da un lato, l'equità nel contesto regionale e, dall'altro, facilitare le procedure di dialogo ed i collegamenti funzionali all'interno delle nuove Aziende, quali risultanti dell'accorpamento di differenti modelli organizzativi.
In questo processo di riorganizzazione è quindi necessario definire le nuove Linee guida per la formulazione degli atti aziendali, prevedendo un modello distrettuale che si arricchisce di nuove funzioni e strumenti gestionali, organizzativi, formativi e di valutazione.

In conformità ai contenuti del Piano Nazionale della Cronicità è infatti necessario perseguire i seguenti obiettivi prioritari:

- facilitare la creazione di una rete assistenziale integrata;
- favorire lo sviluppo di un approccio per percorsi assistenziali integrati mediante l'implementazione di PDTA e di strumenti/scale di valutazione condivisi e trasversali ai diversi profili di cronicità;
- attivare e sviluppare team di assistenza primaria, quali nel modello veneto sono le Medicine di Gruppo Integrate, sviluppando un approccio di Care Management Team;
- dare completa attuazione al modello della Centrale Operativa territoriale (COT), quale strumento organizzativo di interconnessione tra Ospedale e Territorio.

RIORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO
Nuovi strumenti per la Gestione Integrata e la continuità dell'assistenza

A fronte della riorganizzazione delle Aziende ULSS in atto e della piena operatività dell'Azienda Zero, si rende necessario definire le nuove linee guida per la formulazione degli atti aziendali che riconoscano nel Distretto il facilitatore di processi integrati.

DEFINIZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEI PDTA
La Cronicità e i Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali

Il **Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale**, secondo quanto definito dal Piano Nazionale della Cronicità (PNC) 2016, è un "*processo capace di guidare la filiera delle offerte nel governo dei servizi per le patologie croniche*", e rappresenta lo strumento di trasversalità che consente di creare collegamenti tra i diversi *setting* assistenziali e tra le figure professionali che entrano nel percorso di cura indipendentemente dal luogo e dal tempo, garantendo la continuità dell'assistenza e permettendo una riallocazione delle risorse secondo la logica della produzione di un «valore».

La realizzazione di tali percorsi ha l'obiettivo di eliminare la discontinuità tra i livelli assistenziali generando una presa in carico integrata per la gestione della patologia cronica a garanzia di:
- continuità nell'assistenza;
- comportamento preventivo;
- appropriatezza delle cure;
- *outcomes* migliori.

Si rende pertanto necessario, non soltanto definire a livello regionale i PDTA per le patologie a maggiore prevalenza, ma anche fornire alle Aziende ULSS le linee operative per la loro implementazione.
Per questo è fondamentale avviare dei "laboratori" per l'APPROFONDIMENTO SUL CAMPO con la finalità di:

- **condividere ATTIVITÀ/PROCESSI** (cosa fare? quando fare? come fare?) e **OPERATORI COINVOLTI** (competenze, ruoli, funzione);
- **definire le INFORMAZIONI** necessarie per lo sviluppo del **SISTEMA INFORMATIVO-ICO** (quali informazioni e caratteristiche? a chi? quando?);
- **reingegnerizzare le attività e i processi.**

SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE e del CARE MANAGEMENT TEAM
MGI, Care Management ed Engagement del paziente

Le **Medicine di Gruppo Integrate (MGI)**, il cui modello di riferimento è rappresentato dalla DGR n. 751/2015, sono team multiprofessionali che coinvolgono Medici di famiglia, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, strutturando un canale diretto per il confronto con gli specialisti ecc.). Prendono in carico i bisogni di una Comunità affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.
Sono regolate da uno specifico Contratto di Esercizio i cui elementi costitutivi sono: impegno professionale, fattori organizzativi e di produzione e partecipazione alla *governance*, e definisce obiettivi, indicatori e risorse.

Tabella 1 _ elementi costitutivi del Contratto di Esercizio (DGR n. 751/2015)

IMPEGNO PROFESSIONALE	FATTORI ORGANIZZATIVI E PRODUTTIVI	PARTECIPAZIONE ALLA *GOVERNANCE*
- Attività di Prevenzione - Assistenza ai malati cronici - Formazione e Audit - Indice di buona tenuta della scheda sanitaria individuale informatizzata (IVAQ)	- Accessibilità - Dotazione di personale	- Tasso di Ospedalizzazione - Spesa Farmaceutica - Prestazioni Specialistiche - Protocolli di Prioritarizzazione

Si caratterizzano per una Sede di Riferimento aperta H12, con presenza medico-infermieristica-amministrativa continuativa, erogazione di un'assistenza globale, equa e centrata sulla persona, dalla prevenzione alla palliazione.

Rappresentano i luoghi ideali in cui sviluppare operativamente l'integrazione socio-sanitaria, e il *setting* preferenziale per la gestione della cronicità secondo l'approccio assistenziale del ***Care management team***, mediante l'attuazione personalizzata e modulata dei PDTA, alla quale partecipano tutti gli attori coinvolti nella presa in carico in funzione della complessità del paziente.

Si intende pertanto sviluppare un modello di ***Care management team*** quale le strumento di coordinamento delle cure per andare oltre la frammentazione garantendo la continuità dell'assistenza: detto approccio prevede che l'infermiere, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale, provveda alla presa in carico del paziente nel *setting* dell'assistenza primaria attraverso:

1. ACCERTAMENTO «GLOBALE» DELLE ABITUDINI, BISOGNI E DELLE PREFERENZE DEL PAZIENTE		
(anche in sede di Follow UP), mediante strumenti/scale di valutazione trasversali e condivise sul territorio regionale, per la valutazione di:		
▪ caratteristiche dell'abitazione ▪ rischio cadute ▪ abitudini alimentar ▪ abitudini al fumo ▪ consumo di alcol ▪ abitudini sull'esercizio fisico	▪ Abitudini relative all'eliminazione ▪ Abitudini relative al sonno ▪ Engagement (PHE – Scale) ▪ Disagi economici / bisogni sociali percepiti dall'operatore	▪ Deficit funzionali / sensoriali / cognitivi ▪ Aderenza alla terapia ▪ Assunzione di farmaci non noti ▪ Servizi attivi, in un'ottica di presa in carico integrata

2. CONDIVISIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI):		
▪ obiettivi di salute del paziente ▪ interventi da attuare	▪ tempistiche ▪ elementi di valutazione	▪ segnali di allarme

3. STESURA DEL PATTO CON IL PAZIENTE: sintesi semplificata e condivisa con il paziente delle informazioni del PAI, utili per una sua partecipazione attiva e proattiva al piano terapeutico/assistenziale individuato		
▪ numeri utili ▪ obiettivi di salute specifici	▪ pro-memoria farmaci ▪ indicazioni sulla dieta	▪ Indicazioni sull'attività fisica ▪ Pro-memoria controlli

Per poter sviluppare suddetto modello, risulta strategico:

- definire e realizzare un **percorso formativo multiprofessionale** (che coinvolga l'intero team di cura: MMG, infermieri dell'assistenza primaria, infermieri delle cure domiciliari) e **organizzato per "sessioni successive"** (rivisitate a seconda delle esperienze), per favorire una diffusione capillare delle competenze e del modello sul territorio regionale e la capitalizzazione degli esiti;
- definire una **scheda individuale informatizzata condivisa tra gli attori del team**, contenente tutte le informazioni/strumenti funzionali ad una presa in carico globale del paziente, costituendo banche dati (cliniche / amministrative) utili al monitoraggio della presa in carico e alla valutazione dei risultati clinici e organizzativi della qualità dell'assistenza.

Nel modello di *Care Management Team* il paziente «persona» riveste un ruolo attivo e determinante in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di «co-esistenza» con la cronicità. Pertanto è necessario:

- ASCOLTARE i suoi Obiettivi di Salute;
- RESPONSABILIZZARLO sulle attività terapeutico assistenziali da attuare;
- SVILUPPARE il suo livello di Engagement.

Al fine di rendere più efficace e sostenibile l'assistenza al paziente cronico, risulta strategico promuovere il suo coinvolgimento consapevole e proattivo nel processo di cura.

Risulta inoltre determinante il ruolo del *caregiver*, soprattutto quando aumenta il livello di complessità assistenziale e diminuiscono le capacità cognitivo/funzionali, quale figura stabile di riferimento a supporto dell'attuazione del percorso assistenziale.

Pertanto, è necessario attuare strategie per lo sviluppo dell'Engagement del Caregiver al fine di:
- favorire la sua partecipazione attiva e consapevole;
- tutelarlo;
- garantirgli un supporto (non «farlo sentire solo» e gravato di responsabilità insostenibili).

IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
La Centrale della Continuità

In tale assetto di riorganizzazione la **Centrale Operativa Territoriale** (COT), o "Centrale della Continuità", rappresenta uno strumento organizzativo funzionale a tutti attori della rete socio-sanitaria, coinvolti nella presa in carico dell'"utente fragile", caratterizzato da multimorbidità, elevata complessità e/o terminalità.

Le sue funzioni fondamentali sono:

- mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
- coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
- raccogliere i bisogni espressi/inespresso, di carattere sociale/sanitario/socio-sanitario, indipendentemente dal *setting* assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;
- garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;
- facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.

Al fine di favorire lo sviluppo e il consolidamento di questo modello, unico e innovativo sul panorama nazionale, risulta strategico l'accompagnamento le Aziende ULSS, consentendo di creare giuste sinergie tra modelli diversi e tra territori diversi in un'ottica di reciprocità: la sfida non è solo organizzare meglio dentro ogni singola Azienda ULSS ma integrarsi con le altre Aziende ULSS in un'ottica di Sistema Regionale.

AZIONI FONDAMENTALI PER LO SVILUPPO DELLA GESTIONE INTEGRATA

RIORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO *Nuovi strumenti per la Gestione Integrata e la continuità dell'assistenza*	
AZIONE 1.	Definizione delle nuove linee guida per gli atti aziendali, ridefinendo il modello distrettuale.
AZIONE 2.	Sviluppo del programma formativo per i Direttori di Distretto al fine di creare, all'interno dei "nuovi" distretti, figure che siano garanti della salute della comunità (DGR n. 462 del 19/04/2016).

DEFINIZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEI PDTA *La Cronicità e i Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali*	
AZIONE 3.	Sviluppo del percorso di formulazione dei PDTA Regionali (BPCO, Diabete di Tipo 2, Scompenso Cardiaco, TAO, Cure Palliative), secondo una stessa metodologia, mediante il coinvolgimento specifici professionisti interessati nella presa in carico.
AZIONE 4.	Sviluppo del progetto di sperimentazione avviato con DGR n. 530/2014, e già finanziato con DGR n. 2556/2011 "Progetto regionale approvato: Casa della Salute", finalizzato all'implementazione dei PDTA e loro monitoraggio in ambito Aziendale e all'interno delle forme associative più evolute della Medicina Generale, e alla condivisione di strumenti/scale di valutazione trasversali.

SVILUPPO DELLE CURE PRIMARIE e del CARE MANAGEMENT TEAM *MGI, Care Management ed Engagement del paziente*	
AZIONE 5.	Sviluppo delle Cure primarie attraverso lo sviluppo delle Medicine di Gruppo Integrate.
AZIONE 6.	Sviluppo del modello assistenziale di Care Management Team.
AZIONE 7.	Sviluppo del ruolo attivo e della consapevolezza della persona (paziente e/o caregiver).
AZIONE 8.	Avvio e sviluppo di un processo di valorizzazione della figura dell'infermiere all'interno delle Medicine di Gruppo Integrate, mediante specifici programmi di formazione multiprofessionali.
AZIONE 9.	Avvio e sviluppo del processo di integrazione informativa e organizzativa con i medici della Continuità Assistenziale.
AZIONE 10.	Avvio e sviluppo del processo di integrazione dei Medici Specialisti, sia mediante la loro presenza fisica nella sede della MGI, che mediante teleconsulto specialistico (es. individuazione di fasce orarie dedicate in cui i medici di famiglia e gli specialisti si rendono reciprocamente rintracciabili telefonicamente, costituendo spazi di consulenza/colloquio per la presentazione di casi o per conseguire accordi sul percorso di presa in carico) favorendo anche l'appropriatezza prescrittiva.

IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO DI CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE
La Centrale della Continuità

AZIONE 11. Implementazione e sviluppo del modello di Centrale Operativa Territoriale (COT) riadeguandolo al nuovo contesto organizzativo a seguito della LR n. 19/2016.

AZIONE 12. Sviluppo del programma di alta formazione per Responsabili della Centrale Operativa Territoriale (DGR n. 463 del 19/04/2016).

AZIONE 13. Sviluppo del percorso di accompagnamento avviato dalla regione, prevedendo incontri periodici di confronto con tutte le Aziende ULSS.

AZIONE 14. Definizione e condivisione di strumenti di tracciabilità degli interventi della COT, per un'attività maggiormente integrata.

Fasi e tempi delle azioni previste – Cronogramma

	2017	*2018*	*2019*
Azione 1 - Definizione delle nuove linee guida per gli atti aziendali			
Azione 2 - Sviluppo di un programma formativo per i Direttori di Distretto			
Azione 3 - Sviluppo del percorso di formulazione dei PDTA Regionali			
Azione 4 - Sviluppo del progetto di sperimentazione avviato con DGR n. 530/2014			
Azione 5 – Sviluppo delle Cure Primarie attraverso lo sviluppo delle MGI			
Azione 6 - Sviluppo del modello assistenziale di Care Management Team			
Azione 7 – Sviluppo del ruolo attivo e della consapevolezza della persona (paziente e/o caregiver)			
Azione 8 - Sviluppo di un processo di valorizzazione della figura dell'infermiere			
Azione 9 - Sviluppo del processo di integrazione con i medici della CA			
Azione 10 - Sviluppo del processo di integrazione dei Medici Specialisti e Teleconsulto			
Azione 11 - Implementazione e sviluppo del modello di COT			
Azione 12 - Sviluppo di un programma formativo per gli "operatori della Continuità"			
Azione 13 - Sviluppo del percorso di accompagnamento avviato			
Azione 14 - Definizione e condivisione di strumenti di tracciabilità degli interventi della COT			

Progetto

ex Accordo Stato-Regioni rep. atti 181/CSR del 26 ottobre 2017 per l'utilizzo delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'**anno 2017**

1. Regione proponente: Regione del Veneto

2. Titolo del progetto: Rete Oncologica del Veneto

3. Linea progettuale: linea n. 6 "Reti oncologiche"

4. Referente
Dr. Claudio Pilerci – Direttore Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria
Tel. 041/2791501 – 1502
E-mail: ProgrammazioneSanitaria@regione.veneto.it

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin, San Polo 2514, 30125 Venezia
Tel. 041 - 2793457; Fax 041 – 2793491
E-mail: protocollo.generale@pec.regione.veneto.it
E-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it

5. Durata del progetto: Pluriennale 2016-2018

6. Aspetti finanziari: Importo assegnato a valere sulla somma disponibile 2017: € 31.000.000.

Contesto:
In ambito regionale i pazienti che hanno avuto una neoplasia sono circa il 5 % della popolazione veneta, ogni anno ci sono più di 30.000 nuovi pazienti oncologici.
Per affrontare adeguatamente tale problematiche risulta necessario realizzare sinergie tra le componenti che partecipano alla gestione di processi assistenziali notevolmente complessi sia per la natura dei problemi trattati sia per la loro intensità e durata. In tale ottica la rete oncologica rappresenta l'infrastruttura organizzativa fondamentale, quale elemento di collegamento ed integrazione di tutti gli specialisti e di riconoscimento della centralità del paziente.
In tal senso è stata istituita la Rete Oncologica del Veneto dalla Regione Veneto con Deliberazione della Giunta Regionale n. 2067 del 19.11.2013.
Con decreto n. 7 del 4.2.2014 la Regione Veneto ha affidato il Coordinamento della Rete Oncologica Veneta allo IOV IRCCS che dovrà operare in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Verona.
Il modello di riferimento a cui si ispira la Rete Oncologica del Veneto, anche conformemente a quanto previsto dal Piano oncologico nazionale, è quello di un network assistenziale riconducibile alle reti *hub & spoke*.

In tale progettualità, lo IOV-IRCCS è snodo fondamentale nella rete oncologica territoriale. Ha funzioni di *hub* per il coordinamento, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e per altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio.
Il modello dovrà garantire come previsto dal PSSR 2012-2016
- uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie;
- sicurezza delle prestazioni correlata all'expertise clinica e ad una adeguata organizzazione;

- tempestività nella presa in carico;
- continuità dell'assistenza;
- appropriatezza prescrittiva ed erogativa;
- innovazione e ricerca;
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale attraverso il supporto della cartella clinica oncologica.

Obiettivi:
Il coordinamento della Rete ha un ruolo centrale nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di linee guida in stretta collaborazione con le Università e con le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento, coordina e promuove le attività formative regionali e la ricerca clinica, biologica e traslazionale, studia e monitorizza le aree del Veneto a più alta incidenza di patologie tumorali, favorisce il trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali, accresce la qualità dell'assistenza ai malati oncologici, sperimenta nuovi modelli organizzativi al fine di potenziare e migliorare le relazioni tra le strutture della rete sanitaria, garantisce la qualificazione dei professionisti e l'aggiornamento attraverso il potenziamento delle attività di formazione, sviluppa ed implementa la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e assistenza.

Altri obiettivi di non secondaria importanza della Rete Oncologica Veneta sono quelli di:
- garantire al paziente oncologico il miglior trattamento attraverso un percorso di cura multidisciplinare e multiprofessionale di continuità di cura ospedale-territorio, in tutto il territorio regionale, che risponda ai criteri dell'EBM (*evidence-based-medicine*) secondo la metodologia HTA (*health technology assessment*)
- fornire un sistema informatico comune per la condivisione di strumenti e informazioni del malato oncologico sia nel percorso ospedaliero che territoriale
- identificare i centri di eccellenza regionali per specifiche patologie oncologiche tenendo conto dei volumi minimi di attività a garanzia della sicurezza dei pazienti
- supportare l'aggiornamento della dotazione tecnologica per la radioterapia oncologica
- promuovere la preparazione dei chemioterapici antiblastici a livello centralizzato attraverso l'attivazione dei centri UFA (Unità Farmaci Antiblastici)
- definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per i vari tipi di tumore e attivare sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza di percorsi di cura e del trattamento oncologico, orientati alla qualità e alla sicurezza del paziente
- favorire e stimolare la partecipazione a programmi di ricerca e di sperimentazioni cliniche in oncologia definire percorsi di cura integrati per i malati oncologici anziani, in accordo a quanto previsto dal Piano Oncologico Nazionale 2010-13, e dall'Osservatorio Nazionale di Oncogeriatria, di recente istituzione;
- facilitare l'adesione a programmi di continuità di cura sul territorio e la riabilitazione oncologica
- definire i costi standard per PDTA per patologia
- facilitare i programmi di screening, diagnosi precoce per i vari tipi di tumore.

Descrizione del Progetto:

Il progetto viene declinato nelle seguenti progettualità:

1. Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)

La Rete Oncologica della Regione Veneto – Gruppo di lavoro PDTA – ha l'obiettivo di predisporre percorsi in ambito oncologico con l'intento di migliorare l'operatività di tutte le strutture attraverso la definizione di obiettivi, ruoli, tempi e ambiti di intervento.

La complessità di un sistema come quello sanitario può creare condizioni che favoriscono la variabilità dell'assistenza in termini di continuità di cura e di presa in carico del paziente, tutte condizioni che facilitano comportamenti inappropriati e/o fonte di errori.
La crescente complessità dei bisogni sanitari difficilmente può trovare riposta in un'unica azienda o nel solo sistema sanitario spinge alla nascita di forme nuove di integrazione tra diversi attori istituzionali. I PDTA sono strumenti che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della rete e all'interno della propria organizzazione.
Il PDTA è uno strumento tecnico-gestionale il cui standard è sempre in progressione e che si propone di garantire:

- riproducibilità delle azioni
- uniformità delle prestazioni erogate
- riduzione dell'evento straordinario
- scambio di informazioni
- definizione dei ruoli
- individuazione e rilevazione di indicatori di appropriatezza e qualità.

Il progetto prevede la definizione dei seguenti PDTA :

1. Mammella
2. Colon-retto
3. Polmone
4. Prostata
5. Sarcomi e GIST
6. Melanoma
7. Rene
8. Epatobiliare
9. Esofago
10. Tumori Ereditari Mammella e Ovaio
11. Stomaco
12. Testa e Collo
13. Ginecologici
14. Neuroendocrini
15. Sistema Nervoso Centrale
16. Metastasi ossee
17. Vescica
18. Ginecologici (endometrio, vulva e cervice)
19. Testicolo
20. Pancreas

Per ogni PDTA verrà creato un gruppo specifico di lavoro definito *Steering Committee*, formato da componenti eterogenei provenienti da tutta la regione e con le migliori e più eterogenee expertise in modo da adempiere al mandato richiesto dalla Regione. Ogni gruppo è inoltre supportato dal Servizio Epidemiologico Regionale per la condivisione dei dati di incidenza, prevalenza e mortalità. In ogni PDTA è la presenza di un esponente del mondo del volontariato. Tutti i gruppi saranno gestiti attraverso una metodologia di lavoro ben precisa con la funzione di produrre un documento omogeneo in cui le decisioni diagnostico-terapeutiche siano basate su linee guida nazionali ed internazionali.

L'aspetto metodologico sarà garantito nella redazione dell'algoritmo del percorso e nella produzione delle note esplicative alla mappa stessa; per ogni percorso vengono prodotti degli indicatori di percorso e di qualità del percorso del paziente valutando la fattibile rilevazione.

Ogni PDTA verrà redatto seguendo i seguenti punti caratterizzanti:

1. l'inizio dei PDTA dovrà essere l'episodi clinico, individuando fin da subito tempistica e descrizione puntuale dell'episodio;
2. Stabilire il momento preciso nel quale il paziente entra nella Rete;
3. Definire e stabilire la presa in carico del/della paziente nel momento in cui entra nella rete per garantire un ottimale appropriato iter di diagnosi e cura; (Definire il professionista). Si conviene che la presa in carico determina una precisare responsabilità del professionista;
4. Definizione della valutazione multidisciplinare e del team multidisciplinare;
5. In caso di snodi decisionale durante il percorso incerti in cui la pratica clinica e linee guida non danno indicazioni precise si indica di confrontarsi con studi clinici e/o criteri di appropriatezza confrontabili;
6. individuare indicatori di appropriatezza e qualità che abbiano le seguenti caratteristiche: rilevanti, misurabili, accurati, riproducibili, operazionalizzabili con benchmark derivato dalla letteratura.

2. Indicatori

Il tema di rilevazione degli indicatori all'interno della Rete Oncologica Veneta assume una particolare rilevanza per il servizio sanitario a livello regionale e aziendale in quanto permette di rendere disponibili evidenze quantitative utili alla programmazione sanitaria ispirata ai principi di efficacia e appropriatezza della presa in carico, continuità e uniformità delle cure, efficientamento del sistema, universalità ed equità di accesso, qualità dei servizi offerti.
Gli indicatori sono strumenti essenziali per la valutazione delle performance delle aziende sanitarie, la valutazione di efficienza e efficacia dei percorsi di cura erogati per il miglioramento della qualità delle cure.
L'obiettivo è di individuare indicatori che possono essere applicati in linea di massima a tutti i PDTA per monitorare ogni fase del percorso definito.
Nel selezionare gli indicatori si è innanzitutto tenuto conto della loro rilevabilità, elemento essenziale affinché siano strumento efficace di governo clinico e organizzativo.

3. Raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia

L'obiettivo di questo gruppo all'interno della Rete è quello di elaborare raccomandazioni *evidence based* in merito a farmaci innovativi ad alto costo in ambito oncologico e di alto impatto economico indicandone la forza e definendo una stima l'impatto economico a livello regionale delle nuove indicazioni rispetto alle alternative.
I quesiti clinici riferiti alla indicazione oggetto di analisi vengono predisposti dal Gruppo di Lavoro sulla base del contesto clinico di riferimento.

4. Diagnostica Molecolare e Biobanche

Il compito è di rendere omogeneo sul territorio regionale l'accesso del paziente oncologico ai test di diagnostica molecolare, al fine di garantire la tempestività nella presa in carico, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.
In tal senso, in ambito oncologico si stanno sempre più affermando farmaci la cui azione è svolta agendo su specifici bersagli biomolecolari. Per essi, al fine di scegliere nel modo più opportuno la strategia terapeutica, è quindi indispensabile conoscere la natura e lo stato di tale bersaglio biologico.

Gli step del progetto sono i seguenti:

1. definizione della tipologia degli esami diagnostici appropriati ed essenziali per ogni singola patologia oncologica;
2. definizione dei tempi massimi di refertazione per singolo esame diagnostico per la presa in carico ottimale del paziente per definizione dell'iter diagnostico-terapeutico;
3. stima del volume di analisi molecolari definite dal panel suddivise per tipologia eseguite dalle Anatomie Patologiche del Veneto .
4. valutazione di HTA - *Budget Impact Analisys* per la valutazione dell'impatto economico dell'introduzione di nuovi esami sulla popolazione neoplastica Veneta.

5. Cartella clinica informatizzata oncologica regionale

Il progetto consiste per condividere i contenuti di un'unica cartella clinica in ambito oncologico a livello regionale coinvolgendo tutti e 5 i poli oncologici.
La ROV fungerà da supporto per la gestione e la formazione dei gruppi di lavoro per la definizione della cartella clinica oncologica in tale cartella dovrà contenere la parte di anatomia patologica, la parte specifica per patologia, la parte chirurgica, la parte oncologica, la parte di terapia farmacologica.
Tale cartella sarà un elemento essenziale e sostanziale per determinare gli indicatori di percorso e di qualità sia per i PDTA prodotti dalla Rete Oncologia e sia per gli indicatoti relativi alle raccomandazioni sui farmaci formulate dal gruppo ROV farmaci innovativi.
L'obiettivo nel prossimo biennio è creare una cartella clinica regionale che sia:

- aderente alle linea guida e agli indicatori dei PDTA;
- conforme alle esigenze operative;
- conforme agli standard dettati dai processi organizzativi;
- integrato con i sistemi attualmente in uso nelle aziende sanitarie;
- garante della raccolta omogenea delle informazioni;
- aderente alle migliori tecnologie presenti nel mercato;
- in linea con la normativa vigente.

6. Ricerca Clinica

L'obiettivo è di governance della ricerca clinica in ambito oncologico regionale i modo favorire e stimolare a programmi di ricerca.
Si vuole implementare un sistema regionale online per la condivisione di tutti i protocolli di ricerca in ambito oncologico sia per quanto riguarda la sperimentazione profit e non-profit.
Tale sistema permetterà agli utenti di verificare dove sono svolte le sperimentazioni, per quale patologia, per quale indicazione, con quale molecola e conoscere il medico a cui rivolgersi.
È indispensabile anche la formazione di un gruppo di esperti regionali per la valutazione delle aree d'interesse e le attività per la ricerca clinica come interlocutore di riferimento con l'industria farmaceutica.
Si vogliono creare dei momenti di formazione rivolti a tutta la Regione per la ricerca in ambito oncologico attraverso l'istituzione di corsi e master universitari.
Altresì, è prevista la promozione di studi no-profit per la valutazione degli *outcome* "*real life*" e per la valutazione delle raccomandazioni di farmaci oncologici.
Infine, è fondamentale anche la partecipazione a studi nazionali e regionali legati a progetti di ricerca atti a rilevare l'utilizzo dei farmaci innovativi ad alto costo, indicatori di processo e di *outcome* dei percorsi diagnostici terapeutici.

7. Coordinamento Rete Oncologica

L'obiettivo è di creare un organizzazione che garantisca il coordinamento ed il sviluppo della Rete Oncologica attraverso un approccio manageriale. Tale programmazione dovrà implementare la comunicazione tra i medici e le strutture sanitarie che attuano prevenzione, assistono e curano persone affette da tumore all'interno della Regione Veneto. In tal senso l'obiettivo del coordinamento è di sviluppare le seguenti aree:

- Coordinamento;
- Sviluppo;
- Formazione;
- Ricerca.

8. Punti d'accoglienza Rete Oncologica del Veneto

L'obiettivo è di creare un accesso diretto alla Rete Oncologica Veneta attraverso la progettazione di sistema di Punti d'Accoglienza comprendente tutti i Poli Oncologici della Regione Veneto.
In un'ottica di rete in cui si vuol garantire ad ognuno uguale accesso alle cure, tempestività nella presa in carico e continuità nell'assistenza è fondamentale che sia predisposto un servizio di accoglienza e di riferimento dell'utente sia a livello di Polo Oncologico, sia di singola Azienda Sanitaria/Ulss.
La cittadinanza avrà a disposizione un Numero Verde ed un indirizzo di posta elettronica dedicati, per ottenere informazioni ed orientamento nei percorsi di cura previsti dalla Rete e per richiedere l'effettivo ingresso in un Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale nella struttura di competenza, venendo così concretamente preso in carico.
Il Numero Verde ROV sarà gestito dal Punto d'Accoglienza centrale, ubicato nella sede del Coordinamento della ROV; ad esso sarà affiancato un Punto d'Accoglienza per ogni oncologia afferente alla Rete, al quale verrà indirizzato l'utente residente nell'ULSS di competenza.
Ogni Punto d'Accoglienza avrà un Referente che gestirà la presa in carico degli utenti e il flusso di dati e comunicazioni tra il Coordinamento della Rete e la propria struttura, sempre relativi all'accoglienza dell'utente nel percorso di cura ROV.
Compito del Referente del Punto d'Accoglienza sarà di ricontattare l'utente ed inserirlo nel PDTA adeguato, in collaborazione con il Responsabile del PDTA stesso. L'utente sarà così preso effettivamente in carico in un PDTA della Rete Oncologica Veneta.
I Referenti di Punto d'Accoglienza parteciperanno ad un programma formativo che consisterà in una prima formazione base e continui aggiornamenti.

9.Centri di Riferimento per patologia

Ai fini della razionalizzazione dell'offerta assistenziale e del perseguimento della qualità e dell'appropriatezza delle cure si stanno definendo i criteri ed i requisiti dei Centri *Hub* ed i Centri *Spoke* per ogni patologia oncologica.
I Centri di riferimento per patologia saranno definiti secondo i seguenti requisiti:

a. volume attività chirurgica secondo indicazioni PNE Agenas;
b. adozione dei PDTA definiti dalla Rete Oncologica del Veneto;
c. presenza del Gruppo Multidisciplinare dotato di tutte le componenti professionali definite all'interno del PDTA di riferimento regionale;
d. tecnologie e dotazioni;
e. diffusione epidemiologica delle singole neoplasie, sia dal punto di vista dell'incidenza, sia da quello della prevalenza.

Fasi e tempi delle azioni previste (cronogramma)

Azione 1 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da gennaio 2016 a dicembre 2018

Azione 2 Indicatori
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da gennaio 2016 a dicembre 2018

Azione 3 Raccomandazioni sui farmaci innovativi in oncologia
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da gennaio 2016 a dicembre 2018

Azione 4 Diagnostica Molecolare e Biobanche
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da gennaio 2016 a dicembre 2017

Azione 5 Cartella clinica informatizzata oncologica regionale
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da gennaio 2016 a dicembre 2018

Azione 6 Ricerca Clinica
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da gennaio 2016 a dicembre 2018

Azione 7 Coordinamento Rete Oncologica
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da gennaio 2016 a dicembre 2017

Azione 8 Punti d'accoglienza Rete Oncologica del Veneto
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da giugno 2016 a dicembre 2018

Azione 9 Centri di Riferimento per patologia
Tempo previsto: *Fasi del progetto*: da dicembre 2017 a dicembre 2018

Risultati attesi:

- Realizzazione dei PDTA per ogni singola patologia;
- Contestualizzazione di tutti i PDTA della ROV a livello aziendale;
- Definizione indicatori di esito, processo e qualità per ogni patologia per la presa in carico e l'appropriatezza delle cure in tutto il territorio regionale;
- Produzione delle raccomandazioni cliniche per tutte le molecole innovative ad alto impatto e monitoraggio di tali indicazioni;
- Gestione unitaria della prestazioni relative alla diagnostica molecolare;
- Definizione e implementazione di un'unica cartella clinica oncologica;
- Aumentare le sperimentazioni profit e no profit in ambito oncologico regionale ed aumentare i pazienti arruolati in negli studi clinici;
- Implementazione della formazione in merito;
- Definizione e attivazione punti accoglienza della ROV;
- Definizione centri di riferimento per patologia.

Proposta del Ministro della Salute di ammissione al finanziamento della quota residua delle risorse vincolate, ai sensi dell' art. 1, comma 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale, per l'anno 2017, dei progetti delle Regioni: Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto.

ELENCO ALLEGATI

1. Accordo Stato Regioni Obiettivi di Piano 2017 (Rep. Atti 181-CSR del 26.10.2017);
2. Intesa Stato-Regioni Obiettivi di Piano 2017 (Rep. Atti 182-CSR del 26.10.2017);
3. Documento di valutazione del Comitato Lea della riunione del 26 luglio 2018;
4. Nota Prevenzione Verifica Adempimento Lea U) Prevenzione per l'anno 2016;
5. Scheda riassuntiva distribuzione risorse vincolate Obiettivi di Piano 2017 Regioni: Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto;
6. Regione Emilia Romagna DGR n. 2108 del 20 dicembre 2017;
7. Regione Liguria DGR n. 1049 del 15 dicembre 2017 e DGR n. 347 del 17 maggio 2018;
8. Regione Lombardia DGR n. X/7541 del 18 dicembre 2017;
9. Regione Toscana DGR n. 1465 del 19 dicembre 2017;
10. Regione Umbria DGR n. 1529 del 18 dicembre 2017;
11. Regione Veneto DGR n. 2171 del 29 dicembre 2017;
12. Elenco allegati.

0034940-31/10/2017-DGPROGS-MDS-A - Allegato Utente 2 (A02)

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Accordo, 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 Ministero 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 2017.

Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017

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

Nella odierna seduta del 26 ottobre 2017:

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 34*bis*, di specifici progetti;

VISTO il comma 34*bis* 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 34*bis* 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 3*bis*, 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";

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO – SEGRETERIA

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

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

VISTA l'Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2016 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 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 64/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 14 aprile 2016 (Rep. Atti n. 65/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 2016 ed è stato definito l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

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 "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro - Anni 2014-2016" (Rep. 144/CSR del 30 ottobre 2014);

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 15/09/2016);

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

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

VISTA la nota del Ministero della salute in data 22 settembre 2017, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza con nota del 26 settembre 2017, con la quale è stata trasmessa la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la nota del 10 ottobre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha convocato una riunione tecnica per il 18 ottobre 2017, nel corso della quale le Regioni hanno condiviso la proposta indicata in oggetto;

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

CONSIDERATO che, nel corso della seduta, le Regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo con le considerazioni e richieste formulate nel documento, allegato C), parte integrante del presente atto;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano;

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei seguenti termini:

VISTO:

- l'articolo 4 "Umanizzazione delle cure" del Patto per la salute 2014 -2016, il quale prevede che, "nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza" e che, nell'ambito delle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate degli obiettivi di piano, il Ministero della salute propone "gli ambiti prioritari di interventi al fine di dare attuazione all'umanizzazione delle cure";
- il decreto ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- il decreto ministeriale del 25 gennaio 2016 che ha approvato il "Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018;

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;

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. per l'anno 2017 debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto ai contenuti delle linee progettuali individuate per l'anno 2016, tenendo conto in particolare della necessità di investire nel campo dell'assistenza primaria, della cronicità e della non autosufficienza, oltre alle tematiche vincolate relative al Piano Nazionale della Prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore;

2. per l'anno 2017 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati A e B del presente Accordo, di cui ne costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:

   - linea progettuale ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA;
   - linea progettuale SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI;
   - linea progettuale CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA - **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 GESTIONE DELLA CRONICITA'. MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA;
   - linea progettuale RETI ONCOLOGICHE;

3. a seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2017, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR), in applicazione dell'articolo 1, comma 34*bis* della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-*bis*, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse complessive di assegnazione per l'anno 2017;

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:

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
SEGRETERIA

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

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

5. ogni progetto dovrà essere corredato da un prospetto che 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. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2017, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente;

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

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

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

ALLEGATO A

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

Anno 2017

1. **Linea progettuale:**

ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA

In quest'ultimo decennio le scelte di politica sanitaria sono state orientate alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali che ha portato, da un lato, a un cambiamento del ruolo dell'ospedale, sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute, e dall'altro al potenziamento del sistema dell'assistenza primaria che rappresenta l'interfaccia tra la popolazione e il SSN.

In tale processo di profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale, il Medico di Medicina Generale (MMG) ed il Pediatra di Libera Scelta (PLS) rivestono un ruolo centrale e attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio consentono lo sviluppo di forme assistenziali in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Ciò consente, inoltre, la messa a punto di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e i cittadini che divengono pertanto soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, favorendo il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina d'iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute e alla responsabilizzazione delle persone nel proprio percorso di cura.

La legge 189 del 2012 ha rappresentato, a tale proposito, un significativo balzo in avanti nel percorso di attivazione di forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) e multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP) nell'ottica di una più stretta complementarietà con le strutture ospedaliere, con i distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali. Ciò al fine di garantire la presa in carico globale della persona all'interno di percorsi diagnostico-assistenziali predefiniti e su indicatori di processo che consentano la valutazione dei relativi esiti.

Un ulteriore impulso in tal senso è stato, altresì, fornito anche dal Patto per la Salute 2014-2016 (Rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), il cui obiettivo è rendere il sistema sanitario sostenibile di fronte alle nuove sfide tra le quali: l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata.

Aree prioritarie di intervento:

Quanto sopra premesso e in continuità con quanto previsto nell'Accordo per l'anno 2016, si individuano di seguito le linee progettuali per gli obiettivi prioritari di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017.

a) **attivazione/implementazione di forme organizzative dell'assistenza primaria, nell'ambito dei modelli organizzativi dell'assistenza territoriale che devono essere delineati dalle Regioni** ed in attuazione di quanto previsto dall'art. 1 della legge 189 del 2012. E' pertanto prioritario l'attivazione delle forme monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione dell'assistenza primaria. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria e dal distretto, secondo un modello tipo coerente con i contenuti degli Accordi collettivi nazionali.

Gli obiettivi fondamentali delle UCCP e delle AFT sono:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto);
- garantire la continuità delle cure mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata e del Fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- garantire la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina generale;
- garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) con particolare riferimento alla gestione integrata delle persone con patologie croniche sia attraverso l'integrazione assistenziale tra le componenti della medicina convenzionata (MMG, PLS, MCA) che attraverso l'integrazione informativa tra questa e la rete distrettuale e specialistica, anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza;

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

c) favorire le iniziative di continuità ospedale-territorio anche attraverso l'individuazione di strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera (ospedali di comunità, strutture residenziali per malati cronici non autosufficienti, strutture residenziali di riabilitazione, strutture residenziali per disturbi psichiatrici, ecc.), al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo una omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale.

A tal proposito, le Regioni presentano un unico progetto, relativo ad una delle aree di priorità sopra indicate, da sviluppare in coerenza con la normativa nazionale sopra richiamata e che costituisca parte integrante del processo regionale di riordino dell'assistenza primaria.

PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

2. **Linea progettuale:**

SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

Premessa

Umanizzazione significa recuperare la centralità dell'individuo nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, non è una variabile dipendente dalla maggiore o minore sensibilità degli operatori, ma diviene un indicatore concreto e preciso della loro stessa professionalità e delle finalità stesse dei servizi.
Il processo di umanizzazione è un processo che coinvolge tutti, pazienti ed operatori, nella tensione a riconoscere ad ognuno il diritto alla propria dignità intrinseca ed alla promozione dei valori della persona.
Lo sviluppo dei processi di umanizzazione deve rappresentare la missione comune, in particolar modo per tutti coloro che ai diversi livelli programmano, pianificano, organizzano e gestiscono l'assistenza a pazienti in determinate condizioni di fragilità, quali i pazienti oncologici ed i pazienti pediatrici, anche assistiti domiciliarmene, altresì per dare attuazione all'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, sulla revisione dell'accreditamento.
Il Patto per la Salute 2014-2016, all' art. 4 "*Umanizzazione delle cure*" ha stabilito che le Regioni predispongano un programma annuale di umanizzazione delle cure che preveda l'elaborazione di un progetto in tema di formazione del personale, che preveda anche un cambiamento nell'ambito organizzativo, orientando le Regioni prevalentemente per l'area critica pediatrica, comunicazione, oncologia e assistenza domiciliare. Inoltre il citato Patto ha previsto "l'utilizzo sistematico e continuativo di strumenti di valutazione della qualità percepita".
Gli interventi in questo contesto possono essere inquadrati nei seguenti ambiti:

Ambito organizzativo

- accoglienza, informazione, consenso informato, coinvolgimento dei familiari;
- integrazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione con l'inserimento mirato di specifici interventi di ambito psicologico;
- progetti di supporto specificamente dedicati a pazienti fragili.

Ambito relazionale

- relazione tra medico paziente e altro personale sanitario;
- benessere del personale, stress da lavoro.

Ambito strutturale

- progettazione di ambienti di cura ed assistenza, in modo da soddisfare le esigenze di umanizzazione per il miglioramento delle condizioni dei pazienti e del personale.

Obiettivi e Aree prioritarie di intervento

- Promozione di iniziative formative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai *caregiver*, per fornire i necessari elementi di conoscenza, allo scopo di implementare il livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie, anche con particolare riferimento alla gestione delle aspettative di salute ed alla comunicazione di prognosi infausta.

- Promozione di cambiamenti organizzativi orientati alla minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali e relazionali, attraverso lo sviluppo di specifiche attività progettuali basate sull'umanizzazione delle modalità di assistenza e sull'incremento dei livelli di attenzione agli aspetti relazionali, con particolare riferimento alle condizioni di ricovero in area critica.
- Ricognizione delle esperienze regionali già attive in tema di umanizzazione delle cure, al fine di porre in luce le esperienze più virtuose ed individuare le aree prioritarie di intervento nelle Regioni meno rappresentative.
- Monitoraggio del grado di umanizzazione delle aziende sanitarie con items di una checklist umanizzazione per costruire gli indicatori a livello aziendale.

A tal proposito, le Regioni presentano un unico progetto, nell'ambito del programma regionale per la realizzazione di interventi di umanizzazione in ambito sanitario, che coinvolga gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza e che preveda almeno un'azione di cambiamento organizzativo; tale programma, supportato da almeno un'attività di formazione del personale, è indirizzato prioritariamente alle seguenti aree assistenziali:

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

Il progetto regionale indica, inoltre, criteri omogenei e condivisi per il monitoraggio della qualità percepita e i necessari obiettivi informativi e formativi rivolti agli operatori e ai caregiver, da conseguire per l'anno di riferimento.

3. **Linea progettuale:**

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

L'Intesa sottoscritta il 25 luglio 2012 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti 151/CSR del 25 luglio 2012), sancisce che la Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. Inoltre l'Intesa definisce dettagliatamente le caratteristiche necessarie per l'accreditamento delle strutture residenziali in hospice, domiciliari, ospedaliere ed ambulatoriali che possono operare nella rete di terapia del dolore e di cure palliative per il paziente adulto e pediatrico.

E' obiettivo prioritario dare attuazione a quanto previsto dalla citata Intesa sull'attuazione della Rete locale di cure palliative sul territorio nazionale. In particolare occorre che le Regioni attivino una *struttura di coordinamento dedicata*, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'articolo 5, comma 2, della legge n. 38/2010.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

In particolare, le cure palliative domiciliari sono erogate sulla base di protocolli formalizzati nell'ambito della Rete locale di cure palliative e sono costituite da un complesso integrato di prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci dei dispositivi medici necessari ai sensi della normativa vigente e dei preparati per nutrizione artificiale, nonché da aiuto infermieristico, assistenza tutelare professionale e sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Ai sensi dell'art. 23 "Cure palliative domiciliari" del DPCM 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA, le cure sono erogate dalle **Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari** che garantiscono sia gli *interventi di base* coordinati dal Medico di Medicina Generale, sia gli *interventi di equipe specialistiche*, tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.

Gli *interventi di base* garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.

Gli *interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate* sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale. Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una equipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato". Le cure domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazioni agli esiti della valutazione multidimensionale.

Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le Cure Palliative ai propri ospiti anche avvalendosi della Unità di Cure Palliative Domiciliari territorialmente competente, con le modalità indicate alla voce "Assistenza Domiciliare." Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare palliativa nell'ambito pediatrico, il Pediatra di Famiglia/MMG è il responsabile clinico del caso, durante la gestione domiciliare dei minori in carico per le Cure palliative pediatriche.

In base al Programma Assistenziale Integrato (PAI), vengono attivate le risorse già presenti nella rete, necessarie per la presa in carico, ivi compresi le unità/servizi di base e specialistici (Unità di Cure palliative domiciliari ed altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari).

Aree prioritarie di intervento:

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

- garantire uniformità della presa in carico del paziente con bisogni di cure palliative;
- perseguire l'individuazione precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative, utilizzando modelli di valutazione del paziente scientificamente validati per l'accesso e l'erogazione delle cure in setting domiciliare;
- ampliare l'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici;
- assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

- assicurare al paziente, soprattutto in età pediatrica, una adeguata assistenza domiciliare;
- potenziare l'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico la continuità assistenziale tra hospice e domicilio e tra ospedale e domicilio.

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

a) definizione di percorsi e procedure omogenei sul territorio per la individuazione precoce, la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata del paziente (adulto e pediatrico) oncologico e non oncologico con bisogni di cure palliative;
b) definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa;
c) analisi dei costi di erogazione delle cure palliative domiciliari di base e specialistiche, articolate per livello di intensità assistenziale, ai fini della fissazione di tariffe di remunerazione dell'attività;
d) definizione di un piano di formazione e di aggiornamento rivolto ai MMG, ai PLS ed al personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliativa di base e specialistica;
e) definizione di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti;
f) definizione di percorsi per la continuità e l'integrazione assistenziale del paziente con bisogno di cure palliative nei diversi setting assistenziali (hospice, domicilio, ospedale);
g) miglioramento della qualità dei dati sulle cure palliative domiciliari trasmessi tramite il flusso informativo dedicato (SIAD), con particolare riguardo alla diagnosi e al bisogno assistenziale.

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 (Allegato B).

4. **Linea progettuale:**

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Premessa

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

L'articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano Nazionale della Prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della Prevenzione medesimo da parte dei Coordinatori 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 (in particolare mediante 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 è stata identificata la necessità, cui è conseguita una ormai ampia esperienza operativa, di promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le Regioni e il Ministero. I network di centri regionali ormai consolidati come elementi essenziali della governance (secondo il modello, adottato dall'Italia, della *stewardship*) individuati dal citato articolo 17 del Patto per la Salute 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.

Di seguito si riporta una sintesi delle funzioni e delle modalità di organizzazione dei Network.

Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

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

I compiti e le funzioni dell'Osservatorio - sono:

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

b) attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale;

c) attività di *site-visits* (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale);

d) promozione della ricerca in ambito di screening;

e) sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati

Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

Il NIEBP ha lo scopo di mettere a punto metodologie e strumenti di intervento finalizzati a introdurre all'interno dei servizi e della comunità degli operatori di Sanità Pubblica una cultura e una pratica basata sulle prove di efficacia. La struttura di coordinamento centrale è presso l'ARS della Regione Toscana.

In particolare, sono identificati i seguenti compiti:

a) Sviluppare metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica.

b) Sviluppare strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc ecc.) per fornire a policy-maker e operatori le prove di efficacia e di impatto relative agli interventi e programmi di prevenzione.

Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM)

L'AIRTUM è nata con l'intento di coordinare le attività dei Registri Tumori già presenti in Italia. Essa supporta l'attuazione della pianificazione nazionale e regionale; inoltre svolge un'attività di raccordo metodologico tra i vari registri, sostiene direttamente la ricerca e la produzione editoriale. E' collegata alle corrispondenti associazioni in altri paesi a livello europeo e mondiale.

Attualmente fanno parte del network 40 Registri Tumori (che hanno superato il processo di accreditamento tecnico-professionale all'eccellenza) appartenenti a 16 Regioni. L'Istituto

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

studio e la prevenzione oncologica (ISPO) della Regione Toscana assicura il supporto amministrativo al funzionamento dell'AIRTUM, assumendone il coordinamento organizzativo.

Sulla base delle strategie di sviluppo e potenziamento messe in atto sono stati identificati i seguenti compiti:

a) Costituire una Banca Dati nazionale per calcolare i principali indicatori di frequenza dei tumori in Italia con l'apporto delle informazioni raccolte dai Registri Tumori accreditati.

b) Valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento).

c) Incentivare, promuovere e sostenere studi e ricerche.

d) Svolgere attività editoriali e di diffusione di pubblicazioni periodiche e librarie a carattere culturale, basate sull'uso della Banca Dati nazionale.

e) Organizzare: corsi rivolti soprattutto alla formazione del personale dei Registri Tumori; la raccolta di fondi e materiale per promuovere e sostenere studi e ricerche; seminari e convegni.

Aree prioritarie di intervento:

Si intende svolgere le seguenti attività, modulate secondo i bisogni della singola Regione:

Con Osservatorio Nazionale Screening (ONS):

- programmazione regionale;
- monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale per il miglioramento della qualità dei programmi di screening;
- attività di formazione;
- verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale;
- site visits;
- promozione della ricerca applicata in ambito di screening;
- migliorare la qualità dell'informazione, della comunicazione e rendicontazione dei risultati.

Con Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP):

- supporto alla redazione dei Piani Regionali di Prevenzione;
- eventuali integrazioni di ricerca delle evidenze per specifiche esigenze regionali;
- valutazioni di effectivness di interventi regionali e/o nazionali.

Con Associazione Italiana dei Registri Tumori (AIRTUM):

- raccolta e conferimento alla Banca Dati nazionale dei dati regionali, al fine di calcolare i principali indicatori epidemiologici e di impatto;
- valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento);
- attività di formazione;
- implementazione di Registri Tumori dove non ancora operanti e programmati dalla Regione.

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 (Allegato B).

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* (NIEPB), 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:

GESTIONE DELLA CRONICITÀ.

In relazione a questa tematica si identificano due aree di interesse (5.1 e 5.2), sulle quali le Regioni possono elaborare un progetto.

5.1 MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE

Nel corso degli ultimi anni si è consolidata, anche in Italia, la consapevolezza che, per affrontare le sfide della cronicità in termini di aumentata incidenza, complessità e richiesta di risorse, è necessario lo sviluppo di nuove modalità assistenziali centrate sui bisogni della persona, sull'integrazione dei professionisti e dei servizi e sulla definizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi.

L'obiettivo è di organizzare una rete che, tenendo conto delle realtà locali, integri tutti i professionisti coinvolti nel processo di assistenza (MMG, PLS, specialisti, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, ...) attraverso un percorso assistenziale centrato sul paziente, con scelte terapeutiche basate sulla EBM (obiettivi di salute, prestazioni, terapia, ecc.) e con la promozione dell'empowerment del paziente, fino ad arrivare ad un vero e proprio "Patto di Cura".

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

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

Il Chronic Care Model (CCM) ha una visione più ampia del DM, ponendo, in un unico quadro d'insieme, tutti i fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario integrati con le risorse della

comunità. Esso ha come obiettivo una gestione territoriale sempre più proattiva, con lo spostamento progressivo verso formule di gestione ambulatoriale o di day service. Inoltre, enfatizza il contributo che gli aderenti alle Associazioni di malati possono fornire, se adeguatamente formati, in particolare nella costruzione della relazione di aiuto e nel rafforzamento del messaggio educativo, sia a livello di popolazione che del singolo paziente, a supporto del personale sanitario nel percorso di cura. Il CCM è basato sul principio che, nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici, è importante agire su sei elementi fondamentali: le risorse della comunità, le organizzazioni sanitarie, il supporto all'autocura della persona, l'organizzazione del team multidisciplinare e multiprofessionale, il supporto alle decisioni, i sistemi informativi.

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

I Percorsi diagnostico assistenziali integrati e personalizzati devono essere armonici con il grado evolutivo della patologia, con il grado di complessità assistenziale e con i bisogni del paziente, senza una delega schematica ad una o all'altra figura professionale, ma con una interazione dinamica dei vari attori assistenziali. In linea generale, partendo da un' idonea stadiazione dei pazienti in rapporto al grado di complessità della malattia nel singolo individuo e ai suoi specifici fabbisogni, i casi più complessi dovranno essere indirizzati verso programmi di cura che contemplino un follow up specialistico più intensivo e quelli meno complessi verso una gestione prevalente da parte del MMG/PLS.

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo **dell' ICT (Information and Communication Technology)** per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure. In particolare, nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione, i modelli di ICT rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un' efficace operatività, anche ai fini della gestione della cronicità.

I principi della gestione integrata sono stati implementati soprattutto tramite specifici progetti regionali ed aziendali di presa in carico integrata delle malattie croniche a più alta prevalenza ed a più alto impegno assistenziale, *ma esistono ancora ampie aree del Paese in cui i nuovi modelli assistenziali non sono ancora sufficientemente sviluppati.*

A tal fine è stato approvato il "**Piano Nazionale della Cronicità**" (PNC), con Accordo Stato-Regioni il 15 settembre 2016, in coerenza con quanto indicato dal Patto per la Salute 2014-2016, all'art. 5 "assistenza territoriale", comma 21. Il documento nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale tutte le attività in questo campo e, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individua un disegno strategico comune, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Pertanto, il Piano indica la strategia complessiva e gli obiettivi attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) multidisciplinari.

Obiettivo finale del PNC è quello di promuovere modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici, per il miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza ed assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. Inoltre, i piani

cura personalizzati e la tecnoassistenza vengono individuati come strumenti utili per integrare le reti territoriali e la conseguente completa presa in carico del paziente.

Aree prioritarie di intervento:

Per la gestione delle malattie croniche, in coerenza con quanto riportato nel PNC, vengono individuate le seguenti aree prioritarie di intervento:

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

5.2 ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

Per rispondere alla complessità di tali bisogni, si stanno sviluppando modelli assistenziali innovati volti a offrire un'assistenza incentrata sempre più su un accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, sulla valutazione delle specifiche esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona e sulla individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente, anche tenendo conto delle condizioni socio-ambientali di provenienza.

Riguardo all'accesso ai servizi territoriali-distrettuali, in coerenza con quanto definito nel Patto per la Salute per gli anni 2014-2016", all'art. 6 "assistenza socio sanitaria" comma 3, nelle diverse realtà regionali sta assumendo rilevanza strategica la presenza di un "*punto unico di accesso*" *(PUA)* ai servizi sanitari e sociosanitari, funzionalmente o strutturalmente organizzato, capace di dare una risposta efficace ed immediata al paziente con un bisogno di salute e assistenza semplice, o pronto ad avviare un percorso articolato di presa in carico del paziente che presenta bisogni di salute più complessi, per i quali è necessario valutare anche la situazione familiare, sociale ed economica.

In questi ultimi casi è fondamentale la definizione di un *Piano di cura personalizzato (PAI)* che definisca gli obiettivi ed i risultati attesi in termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona e individui il livello di complessità, la durata dell'intervento, le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, compatibilmente con le risorse a disposizione.

Nel PAI sono individuate le responsabilità dei soggetti/strutture coinvolte e gli operatori che seguiranno il paziente, tenendo conto anche della situazione socio-ambientale, inclusa la presenza di relazioni familiari e di Caregiver di riferimento, elementi questi che, per le persone non autosufficienti, concorrono alla scelta di una assistenza di tipo domiciliare o residenziale.

Infine, è necessaria la rivalutazione periodica e sistematica, da parte di un'equipe multi-professionale, delle condizioni complessive della persona e del suo stato di salute/benessere al fine di confermare o adeguare il PAI in relazione all'evoluzione dei bisogni assistenziali.

L'offerta di assistenza sociosanitaria per le persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza privilegia la possibilità di trattamenti effettuati presso il domicilio della persona o, presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale. In entrambi i casi le cure devono essere coerenti con gli effettivi bisogni assistenziali dei pazienti in termini di intensità, complessità e durata.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse di persone non autosufficienti, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie anche di elevata complessità ed intensità assistenziale favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare.

Essa si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di un insieme integrato di prestazioni, sia sanitarie (ad es. mediche, infermieristiche e riabilitative, assistenza farmaceutica e accertamenti

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

diagnostici), sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche), da parte di diverse figure professionali.

L'attivazione dell'ADI richiede la presa in carico della persona, la preliminare valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un Piano di cura personalizzato, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi.

I servizi domiciliari devono orientare la loro azione sulla base dei seguenti criteri: mantenere la persona nel suo ambiente di vita, supportare la famiglia, offrire soluzioni alternative quando tale supporto manca o viene meno, assicurare continuità assistenziale mediante "dimissioni programmate" dall'ospedale per acuti, così come dalle strutture riabilitative (post-acute ed estensive) o dalla *Residenze sanitare assistenziali (RSA).*

Infatti, laddove, non è possibile mantenere il malato non autosufficiente presso il proprio domicilio, anche a causa della mancanza di una adeguata rete socio-familiare, il SSN garantisce comunque l'assistenza presso strutture accreditate che, in regime residenziale o semiresidenziale, erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie di intensità assistenziale diversificata, volte al recupero e/o al mantenimento delle condizioni cliniche del paziente, e che in generale si distinguono in:

a) trattamenti Intensivi, di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario a persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore, supporto di riabilitazione con team dedicato (stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative progressive, etc.);
b) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore;
c) trattamenti a pazienti con demenza nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente "protesico";
d) trattamenti di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogati a pazienti non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria;

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

L'obiettivo finale è quello di garantire pari opportunità di accesso ad un'assistenza riabilitativa di qualità, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali, alle condizioni di fragilità e di non autosufficienza.

<u>Aree prioritarie di intervento</u>:

Per l'assistenza e la riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza, vengono individuate le seguenti aree prioritarie di intervento:

- *incrementare iniziative finalizzate a facilitare l'accesso all'assistenza delle persone in contesti sociali difficili;*

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
SEGRETERIA

- *garantire la continuità assistenziale del paziente fragile e della persona non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali e nel percorso inverso;*
- *incrementare l'attività dell'ADI per i soggetti in condizioni di disagio sociale;*
- *implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie* e dei punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali;
- *favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale*, particolarmente indicati nella definizione dei bisogni di assistenza sanitaria e bisogni assistenziali delle persone fragili e non autosufficienti;
- *favorire il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale* nel percorso di cura;
- *potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata* da parte dei servizi, anche attraverso l'utilizzo di modelli ICT (Information and Communication Technology) quali la teleconsulenza, il teleconsulto e il telemonitoraggio;
- *garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali* extra-ospedaliere, nonché incrementare l'offerta di posti letto laddove risulta tuttora carente e in linea con gli impegni assunti per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- verificare la corrispondenza, sotto il profilo dell'intensità assistenziale, tra i bisogni riabilitativi delle persone inserite in strutture territoriali e la tipologia di trattamento di cui usufruiscono;
- *effettuare, attraverso metodologie riproducibili, rilevazioni dei costi dell'assistenza residenziale* in strutture per anziani non autosufficienti, articolate per livelli di intensità, utili alla determinazione di tariffe di riferimento;
- *implementare le attività formative degli operatori* nell'ambito della prevenzione, cura e gestione della non autosufficienza e della fragilità nei suoi aspetti clinico-assistenziali.

Tutto quanto sopra premesso, sulla linea progettuale Gestione della cronicità, che racchiude gli ambiti di intervento di cui ai punti 5.1. e 5.2., le Regioni presentano un unico progetto, dettagliato nei tempi, nei costi, negli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono raggiungere e negli indicatori numerici individuati per il monitoraggio dei risultati attesi.

6. **Linea progettuale:**

RETI ONCOLOGICHE

Premessa

L'Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 (Rep. Atti n. 144/CSR), con l'art. 1 "*Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016*", ha prorogato al 31 dicembre 2016 la validità del "*Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro*" e, con gli articoli 2, 3 e 4, ha recepito tre documenti elaborati da gruppi di lavoro istituiti dal Ministero con esperti e rappresentanti del Coordinamento delle Regioni e Provincie Autonome da mandato dell'Intesa del 10 febbraio 2011.

Pertanto il documento "*Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali*" rappresenta lo strumento di riferimento nella programmazione ed attuazione delle reti oncologiche, il "*Documento metodologico Health Technology Assessment e oncologia*" definisce gli aspetti metodologici da utilizzare nella valutazione HTA (Health technology assessment) in oncologia e i criteri prioritari per indirizzare l'uso delle risorse disponibili alle valutazioni di HTA e, infine, il documento "*Buon uso delle risorse in oncologia*" identifica una serie di tecnologie a forte rischio di inappropriatezza e rispetto alle quali è necessario verificarne l'uso con la prospettiva di potere, in relazione alle applicazioni specifiche, essere considerate pratiche dismissibili.
In conclusione, l'Intesa del 30 ottobre 2014 ha confermato il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero nella lotta contro il cancro.

Obiettivo prioritario: "costituzione di reti oncologiche regionali"

L'Intesa Stato-Regioni stipulata il 10 febbraio 2011 (Rep. Atti n. 29/CSR) ha approvato il "*Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro. Anno 2011-2013*" che ha come finalità quella di promuovere standard diagnostici e terapeutici sempre più elevati per diminuire la mortalità; sviluppare reti oncologiche ad alta tecnologia secondo il modello organizzativo "*hub & spoke*"; ridurre il divario tecnologico, organizzativo e assistenziale esistente fra le diverse aree del Paese; tagliare gli sprechi.
Inoltre Ministero e Regioni si sono impegnati, ai sensi dell'art. 2 della citata Intesa, a redigere un documento di linee-guida per lo sviluppo delle reti oncologiche, con contenuti sia tecnico-scientifici che organizzativi, basati sull'analisi delle evidenze e delle buone pratiche, al fine di consentire alle Regioni di utilizzare al meglio le indicazioni programmatiche del citato Documento Tecnico.
Le esigenze di una specifica focalizzazione sulle reti oncologiche è motivata dal fatto che l'Oncologia si configura come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali. Infatti, in buona parte, si configura come assistenza primaria (educazione sanitaria, prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), in parte come assistenza specialistica di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed infine contiene un'importante area di ricerca scientifica ed applicativa.

La "*Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali*", approvata con l'Intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014, nell'attuare il predetto mandato ha inteso assumere un'ottica allargata, rispettosa dell'autonomia organizzativa delle singole Regioni al fine di identificare gli elementi costitutivi (obiettivi e criteri di attuazione) di una rete costo-efficace comuni a qualsivoglia modello organizzativo venga ritenuto dalle Regioni più idoneo al proprio contesto. Inoltre le indicazioni contenute nella Guida, differenziate nel merito dei modelli organizzativi deliberati dalle singole Regioni, intendono favorire un approccio coerente rispetto ai principi indicati a livello nazionale.

La Guida prevede, poi, espressamente che articolazioni specifiche siano opportune per alcuni casi definiti, in particolare per la costituzione di una rete dei tumori rari. A questo ultimo riguardo, occorre anche considerare che il gruppo di lavoro, costituito con decreto del Ministro pro tempore del 14.02.2013, ha concluso i propri lavori proponendo una Linea progettuale per l'attuazione degli obiettivi del PSN dedicata alla implementazione di una Rete Nazionale dei Tumori Rari. Tale proposta va ricondotta all'interno di ulteriori sviluppi istituzionali: infatti, in data 3/12/2015 si è tenuto un dibattito parlamentare per la discussione di 5 Mozioni (nn° 1-01075; 1-01063; 1-01079; 1-01073;1-01074) con l'approvazione di "Impegni per il Governo" concernenti la realizzazione di una rete nazionale dei tumori rari.

Tanto premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare un unico progetto dettagliato nei tempi, nei costi, negli obiettivi qualitativi e quantitativi che intendono raggiungere e negli indicatori numerici individuati per il monitoraggio dei risultati attesi, finalizzato ad adott

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione.

Il progetto dovrà tener conto dei seguenti indirizzi:

- il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella "*Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali*" di cui all'Intesa Stato–Regioni del 30 ottobre 2014;
- il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica;
- il supporto alla rete nazionale dei tumori rari.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
SEGRETERIA

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 2017

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2017

1.233.784.000 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2017 (al 01.01.2016)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network
PIEMONTE	4.404.246	4.404.246	96.005.513	**100.648.707**	8.157.725	19.578.540	97.893
VALD'AOSTA	127.329		-	-	-		-
LOMBARDIA	10.008.349	10.008.349	218.165.989	**228.717.329**	18.537.874	44.490.899	222.454
BOLZANO	520.891		-	-	-		-
TRENTO	538.223		-	-	-	-	-
VENETO	4.915.123	4.915.123	107.141.814	**112.323.602**	9.103.992	21.849.582	109.248
FRIULI	1.221.218		-	-	-	-	-
LIGURIA	1.571.053	1.571.053	34.246.441	**35.902.729**	2.909.969	6.983.925	34.920
EMILIA R.	4.448.146	4.448.146	96.962.463	**101.651.938**	8.239.038	19.773.692	98.868
TOSCANA	3.744.398	3.744.398	81.621.883	**85.569.429**	6.935.528	16.645.266	83.226
UMBRIA	891.181	891.181	19.426.319	**20.365.850**	1.650.682	3.961.637	19.808
MARCHE	1.543.752	1.543.752	33.651.323	**35.278.829**	2.859.401	6.862.562	34.313
LAZIO	5.888.472	5.888.472	128.359.265	**134.567.209**	10.906.869	26.176.486	130.882
ABRUZZO	1.326.513	1.326.513	28.915.860	**30.314.342**	2.457.022	5.896.852	29.484
MOLISE	312.027	312.027	6.801.689	**7.130.645**	577.949	1.387.078	6.935
CAMPANIA	5.850.850	5.850.850	127.539.165	**133.707.446**	10.837.184	26.009.242	130.046
PUGLIA	4.077.166	4.077.166	88.875.693	**93.174.061**	7.551.894	18.124.546	90.623
BASILICATA	573.694	573.694	12.505.611	**13.110.430**	1.062.620	2.550.287	12.751
CALABRIA	1.970.521	1.970.521	42.954.201	**45.031.633**	3.649.880	8.759.712	43.799
SICILIA (*)	5.074.261	*5.074.261*	110.610.768	**56.289.820**	4.562.372	10.949.694	54.748
SARDEGNA	1.658.138		-	-			
TOTALE	60.665.551	56.590.752	1.233.784.000	**1.233.784.000**	**100.000.000**	**240.000.000**	**1.200.000**

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

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

17/150/SR01-02-03-04/C7

Rient in cers ds AH. e
seduta
25/10/17

POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI DELIBERAZIONE DEL CIPE CONCERNENTE IL RIPARTO TRA LE REGIONI DELLE DISPONIBILITÀ FINANZIARIE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER L'ANNO 2017

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

Punto 1) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, DI RIPARTIZIONE DELLE QUOTE PREMIALI PER L'ANNO 2017

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

Punto 2) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI DELIBERAZIONE DEL CIPE RELATIVA ALL'ASSEGNAZIONE ALLE REGIONI DELLE QUOTE VINCOLATE ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER L'ANNO 2017

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

Punto 3) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

SULL'ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLA PROPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI LINEE PROGETTUALI PER L'UTILIZZO DA PARTE DELLE REGIONI DELLE RISORSE VINCOLATE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE PER L'ANNO 2017

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662

Punto 4) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sui primi tre provvedimenti in oggetto e avviso favorevole all'accordo sull'ultimo provvedimento, con le seguenti considerazioni e richieste.

Per l'anno 2017 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stato determinato, all'articolo 1, comma 392, della legge di bilancio n. 232 del 2016, in **113.000 milioni** di euro.
Il Decreto 5 giugno 2017 "*Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale*" ha previsto una riduzione del livello di finanziamento del SSN di € 423.000.000 per l'anno 2017 e a decorrere dall'anno 2018 di € 604.000.000. Tale rideterminazione deriva dalla mancata sottoscrizione dell'accordo tra Governo e Autonomie speciali relativo al contributo delle stesse al risanamento dei conti pubblici.

Detto importo viene ridotto di € 325.000.000 e di € 500.000.000 per consentire il finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi.
Pertanto il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è di **111.751,99 milioni** di euro.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 23 febbraio 2017 ha definito l'Accordo politico per la ripartizione delle risorse per il SSN per l'anno 2017 e nella riunione del 9 marzo 2017 e ha approvato le Matrici anno 2015 ai fini della predisposizione della tabella relativa alla mobilità sanitaria interregionale del riparto delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale anno 2017.

Vengono proposte dal Ministero della Salute **tre intese** per il riparto dei Fondi, rispettivamente per la Quota indistinta, per le Quote premiali e per gli Obiettivi di carattere prioritario del PSN e un accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate agli obiettivi prioritari di PSN.

Il Decreto Ministeriale sulle modalità di ripartizione dei due Fondi dedicati ai farmaci innovativi è stato recentemente inviato alle Regioni per una valutazione ai fini dell'iscrizione in una prossima seduta della Conferenza Stato Regioni.

Si evidenzia in questa sede l'eccessiva frammentarietà delle risorse.

Il superamento del frazionamento delle risorse, con la confluenza di tutti i fondi nell'ambito del riparto della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard, da effettuarsi entro i primi mesi dell'anno, darebbe certezza alla programmazione in ambito regionale. Inoltre, il sistema di verifica degli adempimenti regionali di cui al Tavolo e al Comitato istituiti a seguito dell'Intesa tra lo Stato e le Regioni 23 marzo 2015 già costituisce un robusto e articolato strumento di valutazione sull'erogazione e sulle condizioni di erogazione dei Lea nelle singole Regioni. Il Nuovo Sistema di Garanzia, la cui predisposizione è in fase finale, costituisce un ulteriore livello di misurazione dei servizi sanitari regionali.

Approvare in chiusura d'anno le linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate agli obiettivi di piano dell'anno in corso costituisce mera formalità, ma avvio di un lavoro burocratico-amministrativo per le Regioni (predisposizione dei progetti e loro successiva rendicontazione) e per il Ministero (approvazione dei progetti e finale approvazione dei risultati, per lo svincolo del 30% delle risorse). Ad oggi la liquidazione finale è ferma all'anno 2012.

Si chiede pertanto al Ministero della Salute di snellire le procedure e di ancorare la liquidazione del 30% alla chiusura del processo di verifica degli adempimenti regionali.

Inoltre, coerentemente con quanto riportato nel documento della Conferenza delle Regioni e Province autonome per la riunione monotematica con il Ministro della Salute del 22 giugno 2017, si chiede di aprire una riflessione sul superamento dell'istituto degli obiettivi di PSN che, così come attualmente configurato e organizzato, porta dubbi benefici al SSN, a fronte di ingenti aggravi procedurali.

Sotto il profilo tecnico, il riparto relativo alla **Quota indistinta**, pari a **€ 108.948.660.735**, comprende, tra l'altro, le risorse per la cura dalla dipendenza dal gioco d'azzardo, per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini e per il concorso al

rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Congiuntamente al riparto della **Quota premiale**, pari a **€ 281.442.500**, il riparto ministeriale è sovrapponibile al riparto oggetto dell'Accordo politico tra i Presidenti del 23 febbraio (ripartiti nella proposta ministeriale 10 mln in più circa).

Il riparto relativo alle **quote vincolate alla realizzazione dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale** – totale complessivo € 1.500.000.000 - è pari a **€ 1.233.784.000.**

La differenza viene destinata per 175 milioni alla costituzione del Fondo farmaci innovativi e per 91,216 alla costituzione di accantonamenti (compresi 10 milioni da ripartire a favore delle Regioni colpite dal terremoto).

Degli accantonamenti, 32,5 milioni sono destinati a "finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa"; ad oggi, la finalizzazione è operata dal decreto-legge 16 ottobre 2017 n. 148 per 21,5 milioni; le risorse non finalizzate da disposizioni legislative entro l'anno, dovranno riconfluire nel riparto delle Regioni.

Roma, 26 ottobre 2017

0034932-31/10/2017-DGPROGS-MDS-A - Allegato Utente 1 (A01)

Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017.

Rep. Atti n. 182/CSR del 26 ottobre 2017

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

Nella odierna seduta del 26 ottobre 2017:

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

VISTO il comma 34*bis* del predetto articolo 1, aggiunto dall'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 79, comma 1*quater*, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede, che, dall'anno 2009, all'atto dell'adozione della delibera CIPE di ripartizione delle somme spettanti alle Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente, il Comitato medesimo su proposta del Ministro della salute e d'intesa con questa Conferenza, provveda a ripartire tra le Regioni le quote vincolate in questione. La presente proposta di riparto, relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, è da predisporsi sulla base delle linee guida da approvarsi con apposito accordo in sede di questa Conferenza. L'erogazione delle somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto nella misura del 70 per cento di cui al presente riparto, è subordinata alla stipula dell'Accordo Stato-Regioni in applicazione del medesimo articolo 1, comma 34*bis*. In sede di stipula dell'accordo sulle predette linee guida si provvederà a quantificare un'apposita quota dello stanziamento finalizzata all'applicazione della disposizione di cui all'articolo 22, comma 2, secondo periodo, del decreto legge 1°luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102 in materia di programmi dedicati alle cure palliative. L'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte di questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, degli specifici progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporterà per la regione interessata, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;

VISTA la nota del 22 settembre 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione del CIPE concernente la ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017;

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

VISTA la nota del 22 settembre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha diramato alle Regioni la suddetta proposta di riparto, per l'anno 2017;

VISTA la nota del 10 ottobre 2017, con la quale l'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza ha convocato, su richiesta delle Regioni, una riunione tecnica, tenutasi il 18 ottobre 2017, nel corso della quale i rappresentanti del Ministero hanno condiviso le osservazioni formulate dai rappresentanti regionali;

VISTA la nota del 25 ottobre 2017, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la nuova proposta di ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, modificata coerentemente con le risultanze emerse nel suddetto incontro tecnico, unitamente allo schema di sintesi della ripartizione del finanziamento corrente al SSN cui concorre lo Stato (Allegato sub A);

RILEVATO che tale proposta prevede di ripartire tra le Regioni la quota vincolata a valere sulle risorse complessive per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno 2017 per un importo pari a 1.233,784 milioni di euro, a valere sui complessivi 1.500,00 milioni di euro, da ripartire tra le Regioni con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria subordinatamente alla conclusione dell'accordo sugli indirizzi progettuali per lo stesso anno parimenti da sottoporre all'esame di questa Conferenza;

CONSIDERATO che le Regioni hanno espresso intesa con le considerazioni e le richieste formulate nel documento consegnato in seduta (Allegato sub B);

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

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017, che allegato al presente atto, (Allegato sub A), ne costituisce parte integrante.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA STATO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME
SEGRETERIA

IL PRESIDENTE
Sottosegretario Gianclaudio Bressa

ALLEGATO A

Ministero della Salute

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

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2017: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

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

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

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2017, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporsi sulla scorta delle linee guida da approvarsi con apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

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

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

Sul FSN 2017 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.500,00 mln** di euro al netto dell'importo di **2 milioni** di euro per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti ai sensi dell' articolo 8- bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI SEGRETERIA

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **1.233,784 mln** di euro, a valere sui complessivi 1.500,00 mln di euro, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria subordinatamente alla conclusione dell'accordo sugli indirizzi progettuali per lo stesso anno parimenti da sottoporsi all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

Della residua somma di 266,216 mln di euro, sono destinati:

- **175,000 mln** di euro al finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'art. 1, c. 400, della Legge n. 232/2016;
- **1,316 mln** di euro al rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2015, somma determinata sulla base del dato relativo all'anno 2013.
- **18,000 mln** di euro quale contributo di solidarietà interregionale in favore della Regione Molise per il Piano di risanamento del servizio sanitario regionale – Piano operativo straordinario, come deciso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 17 dicembre 2015 e come comunicato in pari data con nota n. 5762 dal Presidente della Conferenza (si veda allegato 1).
- **2,000 mln** di euro ai fini della compartecipazione alle spese connesse alle attività straordinarie di screening che la Regione Veneto sta adottando per la prevenzione delle malattie cronico degenerative associate all'esposizione delle sostanze perfluoroalchiliche (PFAS).

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di **69,900 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

a) **€ 10 milioni,** ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per la sperimentazione gestionale finalizzato alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
b) **€ 10 milioni** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle regioni nel campo della salute umana; in relazione a tale attività è previsto il preventivo parere da parte della Conferenza Stato – Regioni, come dalla stessa richiesto in sede di intesa sulla proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015;
c) **€ 10 milioni** quale accantonamento per quota di solidarietà da ripartire in favore delle regioni colpite dal terremoto nel Centro Italia negli anni 2016 e 2017;
d) **€ 5 milioni** da destinarsi all'Istituto superiore di sanità per l'attività di valutazione delle linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida, anche in relazione a quanto disposto dall'articolo 5 della legge 24/2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", previa presentazione di una relazione da sottoporre al preventivo parere della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute;
e) **€ 2 milioni** destinati a sperimentazioni cliniche con l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare, ai sensi dell'art. 2 del decreto legge 25 marzo 2013, n. 24 convertito con modifiche con Legge 23 maggio 2013, n. 57, come successivamente modificato con l'art. 1, comma 409, Legge 208/2015;
f) **€ 0,400 milioni** destinati alla regione Veneto per la terza tranche del finanziamento del Programma triennale del Mattone Internazionale Salute. L'erogazione della citata somma avverrà, in analogia con quanto stabilito per le somme normalmente destinate al finanziamento di progetti regionali, nella misura del 70% a titolo di acconto. L'erogazione del restante 30% avverrà a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra

lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, della relazione sull'attività svolta, su proposta del Ministro della Salute. La descritta modalità di erogazione è determinata in coerenza con quanto già previsto nella proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015.

In aggiunta a tali risorse è assegnata alla medesima regione, per le finalità connesse al Programma triennale del Mattone Internazionale Salute (ProMIS), la somma residua complessiva pari ad € 133.481,35 risultante dalla rendicontazione finale delle attività e dei costi del Progetto Mattone Internazionale (PMI) già finanziato con deliberazione del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica n. 99 del 18 dicembre 2008;

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

Si allega alla presente proposta l'unita tabella, nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **1.233,784 mln** di euro, evidenziando le quote rispettivamente pari al 70 e al 30 per cento da erogarsi in base a quanto sopra specificato.

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

Si allega la tabella di riparto.

Il Ministro della Salute

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
SEGRETERIA

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2017

1.500.000.000 **Importo iniziale**

-2.000.000 **destinato a sperimentazioni cliniche (ex art. 2 del d.l. 25/03/2013, n. 24, convertito con mod. con L. 23/05/2013, n. 57, introdotto dall'art. 1, c. 409, L. 208/2015).**

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

-10.000.000 **supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità**

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

-1.316.000 **finanziamento prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP**

-2.000.000 **finanziamento per contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in favore della Regione Veneto**

-32.500.000 **per finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa**

-175.000.000 **fondo medicinali innovativi (art. 1, c. 400, L. 232/2016)**

+10.000.000 **accantonamento destinato alle regioni colpite dal terremoto del 2016 e del 2017**

-18.000.000 **contributo di solidarietà alla Regione Molise (nota Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome n. 5762 del 17/12/2015)**

-400.000 **finanziamento del Programma triennale Mattone Internazionale Salute - terzo anno - (nota n. PG/2015/883579 del 22/12/2015)**

1.233.784.000 **Importo da ripartire tra le regioni**

REGIONI	Popolazione al 01.01.2016	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.404.246	4.404.246	96.005.513		4.643.193	**100.648.707**	70.454.095	30.194.612
VAL D'AOSTA	127.329		-		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.008.349	10.008.349	218.165.989		10.551.341	**228.717.330**	160.102.131	68.615.199
BOLZANO	520.891		-		-	-	-	-
TRENTO	538.223		-		-	-	-	-
VENETO	4.915.123	4.915.123	107.141.814		5.181.787	**112.323.602**	78.626.521	33.697.081
FRIULI	1.221.218		-		-	-	-	-
LIGURIA	1.571.053	1.571.053	34.246.441		1.656.289	**35.902.729**	25.131.911	10.770.819
EMILIA R.	4.448.146	4.448.146	96.962.463		4.689.475	**101.651.938**	71.156.357	30.495.581
TOSCANA	3.744.398	3.744.398	81.621.883		3.947.546	**85.569.429**	59.898.600	25.670.829
UMBRIA	891.181	891.181	19.426.319		939.531	**20.365.850**	14.256.095	6.109.755
MARCHE	1.543.752	1.543.752	33.651.323		1.627.507	**35.278.829**	24.695.180	10.583.649
LAZIO	5.888.472	5.888.472	128.359.265		6.207.944	**134.567.209**	94.197.046	40.370.163
ABRUZZO	1.326.513	1.326.513	28.915.860		1.398.481	**30.314.342**	21.220.039	9.094.302
MOLISE	312.027	312.027	6.801.689		328.956	**7.130.645**	4.991.451	2.139.193
CAMPANIA	5.850.850	5.850.850	127.539.165		6.168.281	**133.707.446**	93.595.212	40.112.234
PUGLIA	4.077.166	4.077.166	88.875.693		4.298.368	**93.174.061**	65.221.843	27.952.218
BASILICATA	573.694	573.694	12.505.611		604.819	**13.110.430**	9.177.301	3.933.129
CALABRIA	1.970.521	1.970.521	42.954.204		2.077.429	**45.031.633**	31.522.143	13.509.490
SICILIA (*)	5.074.261	***5.074.261***	110.610.768	54.320.948	-	**56.289.820**	39.402.874	16.886.946
SARDEGNA	1.658.138		-		-	-	-	-
TOTALE	60.665.551	56.599.752	1.233.784.000		54.320.948	**1.233.784.000**	863.648.800	370.135.200

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

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

All. sub. B
Rinvio in conf. ob
seduta
25/10/17

CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

17/150/SR01-02-03-04/C7

POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI DELIBERAZIONE DEL CIPE CONCERNENTE IL RIPARTO TRA LE REGIONI DELLE DISPONIBILITÀ FINANZIARIE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER L'ANNO 2017

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

Punto 1) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, DI RIPARTIZIONE DELLE QUOTE PREMIALI PER L'ANNO 2017

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

Punto 2) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI DELIBERAZIONE DEL CIPE RELATIVA ALL'ASSEGNAZIONE ALLE REGIONI DELLE QUOTE VINCOLATE ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER L'ANNO 2017

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

Punto 3) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

SULL'ACCORDO TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO SULLA PROPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI LINEE PROGETTUALI PER L'UTILIZZO DA PARTE DELLE REGIONI DELLE RISORSE VINCOLATE PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE PER L'ANNO 2017

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662

Punto 4) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sui primi tre provvedimenti in oggetto e avviso favorevole all'accordo sull'ultimo provvedimento, con le seguenti considerazioni e richieste.

Per l'anno 2017 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stato determinato, all'articolo 1, comma 392, della legge di bilancio n. 232 del 2016, in **113.000 milioni** di euro.
Il Decreto 5 giugno 2017 "*Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale*" ha previsto una riduzione del livello di finanziamento del SSN di € 423.000.000 per l'anno 2017 e a decorrere dall'anno 2018 di € 604.000.000. Tale rideterminazione deriva dalla mancata sottoscrizione dell'accordo tra Governo e Autonomie speciali relativo al contributo delle stesse al risanamento dei conti pubblici.

Detto importo viene ridotto di € 325.000.000 e di € 500.000.000 per consentire il finanziamento, rispettivamente, del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi e del Fondo per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto dei medicinali oncologici innovativi.
Pertanto il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è di **111.751,99 milioni** di euro.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nella riunione del 23 febbraio 2017 ha definito l'Accordo politico per la ripartizione delle risorse per il SSN per l'anno 2017 e nella riunione del 9 marzo 2017 e ha approvato le Matrici anno 2015 ai fini della predisposizione della tabella relativa alla mobilità sanitaria interregionale del riparto delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale anno 2017.

Vengono proposte dal Ministero della Salute **tre intese** per il riparto dei Fondi, rispettivamente per la Quota indistinta, per le Quote premiali e per gli Obiettivi di carattere prioritario del PSN e un accordo sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate agli obiettivi prioritari di PSN.

Il Decreto Ministeriale sulle modalità di ripartizione dei due Fondi dedicati ai farmaci innovativi è stato recentemente inviato alle Regioni per una valutazione ai fini dell'iscrizione in una prossima seduta della Conferenza Stato Regioni.

Si evidenzia in questa sede l'eccessiva frammentarietà delle risorse.

Il superamento del frazionamento delle risorse, con la confluenza di tutti i fondi nell'ambito del riparto della quota indistinta del fabbisogno sanitario standard, da effettuarsi entro i primi mesi dell'anno, darebbe certezza alla programmazione in ambito regionale. Inoltre, il sistema di verifica degli adempimenti regionali di cui al Tavolo e al Comitato istituiti a seguito dell'Intesa tra lo Stato e le Regioni 23 marzo 2015 già costituisce un robusto e articolato strumento di valutazione sull'erogazione e sulle condizioni di erogazione dei Lea nelle singole Regioni. Il Nuovo Sistema di Garanzia, la cui predisposizione è in fase finale, costituisce un ulteriore livello di misurazione dei servizi sanitari regionali.

Approvare in chiusura d'anno le linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate agli obiettivi di piano dell'anno in corso costituisce mera formalità, ma avvio di un lavoro burocratico-amministrativo per le Regioni (predisposizione dei progetti e loro successiva rendicontazione) e per il Ministero (approvazione dei progetti e finale approvazione dei risultati, per lo svincolo del 30% delle risorse). Ad oggi la liquidazione finale è ferma all'anno 2012.

Si chiede pertanto al Ministero della Salute di snellire le procedure e di ancorare la liquidazione del 30% alla chiusura del processo di verifica degli adempimenti regionali.

Inoltre, coerentemente con quanto riportato nel documento della Conferenza delle Regioni e Province autonome per la riunione monotematica con il Ministro della Salute del 22 giugno 2017, si chiede di aprire una riflessione sul superamento dell'istituto degli obiettivi di PSN che, così come attualmente configurato e organizzato, porta dubbi benefici al SSN, a fronte di ingenti aggravi procedurali.

Sotto il profilo tecnico, il riparto relativo alla **Quota indistinta**, pari a **€ 108.948.660.735**, comprende, tra l'altro, le risorse per la cura dalla dipendenza dal gioco d'azzardo, per il concorso al rimborso alle Regioni per l'acquisto di vaccini ricompresi nel Nuovo Piano Nazionale Vaccini e per il concorso al

rimborso alle Regioni degli oneri derivanti dai processi di assunzione e stabilizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Congiuntamente al riparto della **Quota premiale**, pari a **€ 281.442.500**, il riparto ministeriale è sovrapponibile al riparto oggetto dell'Accordo politico tra i Presidenti del 23 febbraio (ripartiti nella proposta ministeriale 10 mln in più circa).

Il riparto relativo alle **quote vincolate alla realizzazione dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale** – totale complessivo € 1.500.000.000 - è pari a **€ 1.233.784.000.**

La differenza viene destinata per 175 milioni alla costituzione del Fondo farmaci innovativi e per 91,216 alla costituzione di accantonamenti (compresi 10 milioni da ripartire a favore delle Regioni colpite dal terremoto).

Degli accantonamenti, 32,5 milioni sono destinati a "finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa"; ad oggi, la finalizzazione è operata dal decreto-legge 16 ottobre 2017 n. 148 per 21,5 milioni; le risorse non finalizzate da disposizioni legislative entro l'anno, dovranno riconfluire nel riparto delle Regioni.

Roma, 26 ottobre 2017

293159039 08/08/2018 12:12:20
ID 293159039
DOC 8/8/18

Ministero della Salute

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

Registro – classif: DGPROG

Allegati:

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Ufficio I
Ufficio II

Sede

OGGETTO: Accordo Stato-Regioni 26 ottobre 2017 – Progetti regionali per obiettivi di carattere prioritario anno 2017

In riferimento all'oggetto si trasmette, per il seguito di competenza, il documento relativo alla valutazione dei progetti regionali relativo agli obiettivi di piano per l'anno 2017 delle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto ai fini della ripartizione delle risorse anno 2016, elaborato a seguito della approvazione del Comitato Lea nella riunione del 26 luglio 2017.

Cordiali saluti

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
dott.ssa Lucia Lispi

293159039 08/08/2018 12:17:02 - Allegato Utente 1 (A01)

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

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

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

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

CONSIDERATO che a decorrere dall'anno 2009, il CIPE, su proposta del Ministro della salute d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le Regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente e che al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34 dell'art. 1 della L. 662/96, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute dei progetti presentati dalle Regioni;

VISTO l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 26 ottobre 2017 (rep. 181/CSR), che individua le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017;

VISTA l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 26 ottobre 2017 (rep. 182/CSR), con la quale è stata approvata la proposta del Ministro della Salute di assegnazione delle risorse vincolate per l'anno 2017, per un valore pari a 1.233.784.000 mln euro;

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

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

VISTA la documentazione trasmessa dalle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto relativa ai progetti elaborati nelle linee di attività individuate dall'Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017;

VISTA la relazione (ID 290677625 del 23.07.2018) dell'Ufficio II della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, competente per materia con la quale sono stati trasmessi i risultati dell'attività istruttoria per le suddette Regioni, nella quale si ritiene che i progetti regionali siano congrui con quanto contenuto nell'Accordo del 26 ottobre 2017;

VISTA la tabella di ripartizione delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della Legge 662/96, distinte per le linee progettuali individuate per l'anno 2017, per le Regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto, parti integranti del presente atto (allegato B);

RITENUTO pertanto di poter procedere alla materiale erogazione della quota prevista per le Regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto per l'anno 2017, come da tabella allegata (allegato A),

VALUTA

positivamente i progetti presentati dalle Regioni Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto, ritenendoli rispondenti ai parametri dell'Accordo Stato-Regioni del 26 ottobre 2017, ai fini della erogazione della quota del 30 per cento delle risorse disponibili per l'anno 2017, come da tabella (allegato B), parte integrante del presente atto.

Il Segretario
dott.ssa Lucia Lispi

Il Coordinatore del Comitato
dott. Andrea Urbani

Roma, 26 luglio 2018

ALLEGATO A

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2017

1.500.000.000 **Importo iniziale**

-2.000.000 **destinato a sperimentazioni cliniche (ex art. 2 del d.l. 25/03/2013, n. 24, convertito con mod. con L. 23/05/2013, n. 57, introdotto dall'art. 1, c. 409, L. 208/2015).**

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

-10.000.000 **supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità**

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

-1.316.000 **finanziamento prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP**

-2.000.000 **finanziamento per contaminazione da sostanze perfluoroalchiliche (PFAS) in favore della Regione Veneto**

-32.500.000 **per finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa**

-175.000.000 **fondo medicinali innovativi (art. 1, c. 400, L. 232/2016)**

-10.000.000 **accantonamento destinato alle regioni colpite dal terremoto del 2016 e del 2017**

-18.000.000 **contributo di solidarietà alla Regione Molise (nota Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome n. 5762 del 17/12/2015)**

-400.000 **finanziamento del Programma triennale Mattone Internazionale Salute - terzo anno - (nota n. PG/2015/883579 del 22/12/2015)**

1.233.784.000 **Importo da ripartire tra le regioni**

REGIONI	Popolazione al 01.01.2016	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.404.246	4.404.246	96.005.513		4.643.193	**100.648.707**	70.454.095	30.194.612
VAL D'AOSTA	127.329		-		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.008.349	10.008.349	218.165.989		10.551.341	**228.717.330**	160.102.131	68.615.199
BOLZANO	520.891		-		-	-	-	-
TRENTO	538.223		-		-	-	-	-
VENETO	4.915.123	4.915.123	107.141.814		5.181.787	**112.323.602**	78.626.521	33.697.081
FRIULI	1.221.218		-		-	-	-	-
LIGURIA	1.571.053	1.571.053	34.246.441		1.656.289	**35.902.729**	25.131.911	10.770.819
EMILIA R.	4.448.146	4.448.146	96.962.463		4.689.475	**101.651.938**	71.156.357	30.495.581
TOSCANA	3.744.398	3.744.398	81.621.883		3.947.546	**85.569.429**	59.898.600	25.670.829
UMBRIA	891.181	891.181	19.426.319		939.531	**20.365.850**	14.256.095	6.109.755
MARCHE	1.543.752	1.543.752	33.651.323		1.627.507	**35.278.829**	24.695.180	10.583.649
LAZIO	5.888.472	5.888.472	128.359.265		6.207.944	**134.567.209**	94.197.046	40.370.163
ABRUZZO	1.326.513	1.326.513	28.915.860		1.398.481	**30.314.342**	21.220.039	9.094.302
MOLISE	312.027	312.027	6.801.689		328.956	**7.130.645**	4.991.451	2.139.193
CAMPANIA	5.850.850	5.850.850	127.539.165		6.168.281	**133.707.446**	93.595.212	40.112.234
PUGLIA	4.077.166	4.077.166	88.875.693		4.298.368	**93.174.061**	65.221.843	27.952.218
BASILICATA	573.694	573.694	12.505.611		604.819	**13.110.430**	9.177.301	3.933.129
CALABRIA	1.970.521	1.970.521	42.954.204		2.077.429	**45.031.633**	31.522.143	13.509.490
SICILIA (*)	5.074.261	***5.074.261***	110.610.768	54.320.948	-	**56.289.820**	39.402.874	16.886.946
SARDEGNA	1.658.138		-		-	-	-	-
TOTALE	60.665.551	56.599.752	1.233.784.000		54.320.948	**1.233.784.000**	863.648.800	370.135.200

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

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

ALLEGATO B

Ministero della salute

DIREZIONE GENERALE DELA PROGRAMAMZIONE SANITARIA
Ufficio 2

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 Obietivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017

REGIONI	Somma disponibile	N. totale progetti	Linea progettuale 3 Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	N. progetti	Linea progettuale 4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	5X 1000 I.P4	N. progetti	Linea progettuale 1 Attività di assistenza primaria	N. progetti	Linea progettuale 2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	N. progetti	Linea progettuale 5 Gestione della cronicità	N progetti	Linea progettuale 6 Reti oncologiche	N. progetti	Somme disponibili al netto linee vincolate
Emilia Romagna	€ 101.651.938,00	6	€ 8.239.038,00	1	€ 19.773.692,00	€ 98.868,00	1	€ 23.564.547,00	1	€ 14.727.842,00	1	€ 19.882.586,00	1	€ 15.464.233,00	1	€ 73.639.208,00
Liguria	€ 35.902.729,00	3	€ 6.000.000,00	1	€ 14.100.000,00	€ 34.920,00	1	€ -	0	€ -	0	€ 15.802.729,00	1	€ -	0	€ 15.802.729,00
Lombardia	€ 228.717.329,00	5	€ 18.537.874,00	1	€ 44.490.899,00	€ 222.454,00	1	€ 30.000.000,00	1	€ -	0	€ 85.688.556,00	1	€ 50.000.000,00	1	€ 165.688.556,00
Toscana	€ 85.569.429,00	6	€ 6.935.528,00	1	€ 16.645.266,00	€ 83.226,00	1	€ 23.000.000,00	1	€ 6.000.000,00	1	€ 17.000.000,00	1	€ 15.988.635,00	1	€ 61.988.635,00
Umbria	€ 20.365.850,00	6	€ 1.650.682,00	1	€ 3.961.637,00	€ 19.808,00	1	€ 3.927.840,00	1	€ 848.000,00	1	€ 6.917.860,00	1	€ 3.058.931,00	1	€ 14.752.631,00
Veneto	€ 112.323.602,00	4	€ 9.103.992,00	1	€ 21.849.582,00	€ 109.248,00	1	€ -	0	€ -	0	€ 50.370.028,00	1	€ 31.000.000,00	1	€ 81.370.028,00
TOTALE	€ 584.530.877,00		€ 50.467.114,00		€ 120.821.076,00			€ 80.492.387,00		€ 21.575.842,00		€ 195.661.759,00		€ 115.511.799,00		€ 413.241.787,00

(*) 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.

Ufficio 2 DGPROGS
dott. ssa MD Bellentani
dott.ssa G. Giannetti

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 8
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Direzione generale della programmazione sanitaria
Ufficio 2 Piano sanitario nazionale e piani di settore

SEDE

OGGETTO: Verifica adempimento LEA U)Prevenzione per l'anno 2016

Per le finalità di cui all'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 65/CSR del 14 aprile 2016, si rappresenta quanto segue.

Con riferimento alla Linea progettuale 4."Piano nazionale della prevenzione e supporto al Piano nazionale della prevenzione", l'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 65/CSR del 14 aprile 2016 stabilisce che il processo valutativo inerente la suddetta Linea, relativamente all'Obiettivo prioritario "Piano nazionale della prevenzione (PNP)", tenga conto di quanto previsto dal Documento di valutazione del PNP 2014-2018 di cui all'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 56/CSR del 25 marzo 2015, ovvero di quanto specificato ai punti 4.3 e 5.3 del medesimo Accordo di seguito riportati.

***4.3** Anni 2016, 2017: valutazione di processo*

Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella". Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP.

***5.3** Verificata la rendicontazione pervenuta sulla base e con le modalità sopra indicate, la certificazione ha esito positivo nei seguenti casi:*

1. Per l'anno 2015

a) il PRP soddisfa tutti i criteri e requisiti di cui al punto 4.2.

2. Per gli anni 2016, 2017

a) almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%

Conformemente alle suddette indicazioni, e per le finalità di cui alla verifica dell'adempimento LEA "U) Prevenzione" per l'anno 2016, i PRP sono stati oggetto della valutazione di processo. Sulla base del criterio di cui sopra, tutte le Regioni hanno raggiunto la soglia del 70% relativamente al punto "U.1 Piano nazionale della prevenzione", parte integrante dell'adempimento "U) Prevenzione". La tabella A, allegata alla presente, sintetizza gli esiti istruttori relativi al punto U.1, trasmessi da questa direzione al Comitato LEA per le finalità di competenza.

IL DIRETTORE GENERALE
***F.to Dott. Claudio D'Amario**

* Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. n. 39/1993

Referenti:
dott.ssa Daniela Galeone d.galeone@sanita.it
dott.ssa Stefania Vasselli s.vasselli@sanita.it

Tabella A- Esiti della valutazione di U.1 - Attuazione del Piano regionale della prevenzione 2014-2018- Anno 2016

Regione	Valore osservato dell'indicatore "U.1 Attuazione del Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (PRP)": Percentuale degli indicatori sentinella individuati nel PRP con uno scostamento tra valore osservato e valore atteso al 2016 non superiore al 20%	Punteggio • Punteggio 18 se almeno il 70% del totale degli indicatori sentinella individuati nel PRP presenta uno scostamento tra valore osservato e valore atteso al 2016 non superiore al 20% • Punteggio 0 in caso contrario
Abruzzo	77%	18
Basilicata	70%	18
Calabria	77%	18
Campania	76%	18
Emilia Romagna	92%	18
Lazio	92%	18
Liguria	96%	18
Lombardia	93%	18
Marche	80%	18
Molise	78%	18
Piemonte	96%	18
Puglia	73%	18
Sicilia	83%	18
Toscana	95%	18
Umbria	76%	18
Veneto	86%	18

Ministero della salute

DIREZIONE GENERALE DELA PROGRAMAMZIONE SANITARIA
Ufficio 2

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 Obietivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017

REGIONI	Somma disponibile	N. totale progetti	Linea progettuale 3 Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	N. progetti	Linea progettuale 4 Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	5X 1000 LP4	N. progetti	Linea progettuale 1 Attività di assistenza primaria	N. progetti	Linea progettuale 2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	N. progetti	Linea progettuale 5 Gestione della cronicità	N. progetti	Linea progettuale 6 Reti oncologiche	N. progetti	Somme disponibili al netto linee vincolate
Emilia Romagna	€ 101.651.938,00	6	€ 8.239.038,00	1	€ 19.773.692,00	€ 98.868,00	1	€ 23.564.547,00	1	€ 14.727.842,00	1	€ 19.882.586,00	1	€ 15.464.233,00	1	€ 73.639.208,00
Liguria	€ 35.902.729,00	3	€ 6.000.000,00	1	€ 14.100.000,00	€ 34.920,00	1	€ -	0	€ -	0	€ 15.802.729,00	1	€ -	0	€ 15.802.729,00
Lombardia	€ 228.717.329,00	5	€ 18.537.874,00	1	€ 44.490.899,00	€ 222.454,00	1	€ 30.000.000,00	1	€ -	0	€ 85.688.556,00	1	€ 50.000.000,00	1	€ 165.688.556,00
Toscana	€ 85.569.429,00	6	€ 6.935.528,00	1	€ 16.645.266,00	€ 83.226,00	1	€ 23.000.000,00	1	€ 6.000.000,00	1	€ 17.000.000,00	1	€ 15.988.635,00	1	€ 61.988.635,00
Umbria	€ 20.365.850,00	6	€ 1.650.682,00	1	€ 3.961.637,00	€ 19.808,00	1	€ 3.927.840,00	1	€ 848.000,00	1	€ 6.917.860,00	1	€ 3.058.931,00	1	€ 14.752.631,00
Veneto	€ 112.323.602,00	4	€ 9.103.992,00	1	€ 21.849.582,00	€ 109.248,00	1	€ -	0	€ -	0	€ 50.370.028,00	1	€ 31.000.000,00	1	€ 81.370.028,00
TOTALE	€ 584.530.877,00		€ 50.467.114,00		€ 120.821.076,00			€ 80.492.387,00		€ 21.575.842,00		€ 195.661.759,00		€ 115.511.799,00		€ 413.241.787,00

(*) 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.

Ufficio 2 DGPROGS
dott. ssa MD Bellentani
dott.ssa G. Giannetti

RegioneEmilia-Romagna

IL DIRETTORE GENERALE
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
KYRIAKOULA PETROPULACOS

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.		/	/
DEL		/	/

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione sanitaria
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 ROMA
(PEC: dgprog@postacert.sanita.it)

Oggetto: Trasmissione deliberazione di Giunta regionale n.2108 del 20 dicembre 2017 inerente ai progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale – Anno 2017 - di cui all'Accordo tra Governo e Regioni del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti 181/CSR).

Si trasmette il provvedimento deliberativo di Giunta regionale n. 2108 del 20 dicembre 2017 inerente i progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale – anno 2017 - di cui all'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti 181/CSR).

Distinti saluti.

Kyriakoula Petropulacos

Allegato n. 1

Viale Aldo Moro 21
40127 Bologna

tel 051.527.7161/7162
fax 051.527.7056

dgsan@regione.emilia-romagna.it
PEC: dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

a uso interno: DP/_____/_____ Classif. | 3431 | | 600 | | | | | | Fasc. | 2017 | | 4 | | |
INDICE LIV. 1 LIV. 2 LIV. 3 LIV. 4 LIV. 5 ANNO NUM SUB.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2108 del 20/12/2017

Seduta Num. 47

Questo mercoledì 20 **del mese di** dicembre

dell' anno 2017 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Petitti Emma	Assessore
9) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Bianchi Patrizio

Proposta: GPG/2017/2208 del 11/12/2017

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: PROGETTI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE - ANNO 2017 - ACCORDO GOVERNO, REGIONI E PROVINCE AUTONOME DEL 26 OTTOBRE 2017 (REP.ATTI N.181/CSR)

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- l'art. 1, comma 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale tra l'altro prevede che il Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, possa vincolare apposite risorse del Fondo Sanitario Nazionale per la realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, indicati dal Piano sanitario nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione di specifici progetti sulla base di linee guida proposte dal Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni;
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (PSN), approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e, prevede, che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Accordo del 23 marzo 2005 (Rep.Atti 2271/2005) e 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;
- l'Intesa tra il Governo e le Regioni del 10 luglio 2014 Rep. Atti n. 82/CSR concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 ed in particolare l'art. 1 e l'art.17;

Vista l'Intesa, ai sensi dell'art. 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano sanitario nazionale per l'anno 2017 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 182/CSR del 26 ottobre 2017) con la quale ripartisce e assegna alla Regione Emilia-Romagna, risorse pari ad € 101.651.938,00;

Richiamato, altresì, l'Accordo 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 delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 181/CSR del 26 ottobre 2017), al cui interno sono definite le Linee progettuali ed i relativi vincoli economici assegnati ad ogni Regione e le modalità di erogazione delle somme assegnate come di seguito specificato:

- 70% della somma assegnata a titolo di acconto alla stipula del predetto Accordo Stato-regioni;
- 30% della somma assegnata a presentazione al Ministero della Salute, entro 60 giorni dalla stipula dell'Accordo stesso, di specifici Progetti adottati con atto di Giunta regionale e a seguito della valutazione favorevole dei competenti organi ministeriali;

Preso atto che il citato Accordo del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR) prevede le seguenti Linee progettuali per l'anno 2017 e stabilisce, per alcune di esse, una specifica quota vincolata all'interno della somma complessiva assegnata di € 101.651.938,00, che per la Regione Emilia-Romagna sono:

- Linea progettuale "Attività di assistenza primaria";
- Linea progettuale "Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali";
- Linea progettuale "Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica": quota vincolata quantificata in € 8.239.038,00;
- Linea progettuale "Piano nazionale della prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione": quota vincolata quantificata in € 19.773.692,00, di cui il 5 per mille dedicato al supporto PNP – Network pari ad € 98.868,00;
- Linea progettuale "Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza";
- Linea progettuale "Reti oncologiche";

Considerato, che in coerenza con gli atti di programmazione nazionale e regionale, la Regione Emilia-Romagna ha predisposto i Progetti per l'anno 2017 e le relazioni illustrative sui risultati raggiunti nell'anno 2016 (allegati 1 e 2) parte integrante alla presente deliberazione, elaborati ai sensi del citato Accordo del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), e che, ai fini dell'erogazione della quota residua, dovranno essere inviati al Ministero della Salute come indicato nel predetto Accordo;

Viste:

- la L.R. 43 del 26 novembre 2001 e successive modifiche;
- l'art. 11 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3 recante "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione";
- il D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013;
- le proprie deliberazioni:
  - n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche e integrazioni, per quanto applicabile;
  - n. 468 del 10 aprile 2017 relativa al "Sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna";
  - n. 89 del 30 gennaio 2017 "Approvazione del Piano triennale di prevenzione e corruzione 2017-2019";
  - n. 486 del 10 aprile 2017 "Direttiva di indirizzi interpretatici per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017-2019";
- la determinazione dirigenziale n. 12096 del 25 luglio 2016 recante "Ampliamento della trasparenza ai sensi dell'art. 7 comma 3 del D.Lgs. n. 3/2013, di cui alla deliberazione di Giunta regionale n. 66 del 26 gennaio 2016";

Richiamate, inoltre, le seguenti proprie deliberazioni n. 628/2015, n. 2189/2015, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 1681/2016, n. 2344/2016, n. 3/2017, n. 477/2017 relative all'organizzazione dell'Ente Regione e alle competenze delle Direzioni Generali e dei dirigenti;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente riportate:

1. di prendere atto di quanto stabilito dall'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR) per l'anno 2017, rispetto alla individuazione delle linee progettuali e dei relativi vincoli economici;
2. di approvare per l'utilizzo delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, gli Allegati 1 e 2, parte integrante alla presente deliberazione:
   - "Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017", nell'ambito degli indirizzi delineati nelle Linee Progettuali dell'Accordo Rep. Atti n. 181/CSR;
   - "Relazioni illustrative sui risultati raggiunti relative ai Progetti per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, per l'anno 2016 (di cui alla propria deliberazione n. 816/2016)";
3. di destinare le risorse assegnate, di cui al citato Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR) pari a € 101.651.938,00, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 come indicato nei progetti presenti nell'Allegato 1;
4. di trasmettere la presente deliberazione al Ministero della Salute, come stabilito nell'Accordo, citato in premessa, del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR);
5. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in narrativa.

- - - - -

Giunta Regionale

Assessorato Politiche per la Salute

Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare

ALLEGATO 1

PROGETTI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE, PER L'ANNO 2017

Accordo Governo-Regioni e PP. AA. Trento e Bolzano

Rep. Atti n. 181/CSR del 26.10.2017

1. LINEA PROGETTUALE
ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA

TITOLO DEL PROGETTO:
Lo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità

REFERENTE DEL PROGETTO:
Brambilla Antonio, Cacciapuoti Imma, Botturi Davide, Donatini Andrea, Buriani Alfonso
Servizio Assistenza Territoriale– Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, Viale A.Moro, 21 Bologna -E-mail: assistenzaterritoriale@regione.emilia-romagna.it

IMPIANTO PROGETTUALE:
Contenuto del progetto

Le Case della Salute, i NCP e lo sviluppo delle Cure intermedie

Il percorso di sviluppo delle Case della Salute dell'Emilia-Romagna si colloca nell'ambito di un più ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera e territoriale, e socio-sanitaria, per migliorare l'appropriatezza e la continuità della risposta ai bisogni della popolazione regionale. Il percorso di realizzazione delle Case della Salute è stato avviato nel 2010, ed al 31.12.2016 sono attive 85 Case della Salute con una popolazione di riferimento di circa 2 milioni di abitanti. Le Case della Salute sono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale. Nelle nuove linee di indirizzo regionali (DGR 2128\2016) la Casa della Salute rappresenta la struttura per l'integrazione e il coordinamento di tutti i servizi e professionisti dell'assistenza territoriale (del sanitario e del sociale), garantendo al cittadino prossimità ed equità di accesso ai servizi, accoglienza e presa in carico, continuità dell'assistenza (territorio-ospedale), empowerment individuale e di comunità. Questo processo richiede un profondo cambiamento culturale da parte delle istituzioni, dei professionisti e della popolazione stessa.

Le Case della Salute esprimono appieno gli attuali orientamenti europei e nazionali relativi allo sviluppo dell'assistenza territoriale (DG SANCO, 2014; Legge n. 189/2012; Patto per la Salute 2014-2016).

Le Case della Salute, con i **Nuclei di Cure Primarie** di riferimento (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti di riferimento, infermieri, assistenti sociali) rappresentano la garanzia dell'accesso e della presa in carico, nel rispetto della capillarità e della prossimità delle cure ai luoghi di vita delle persone, elemento distintivo dell'assistenza territoriale. I professionisti dei Nuclei di Cure Primarie non inseriti nelle Case della Salute partecipano e condividono le reti assistenziali integrate che si andranno a definire all'interno delle Case della Salute Hub.

L'obiettivo nel 2017 è la realizzazione delle Case della Salute programmate e la progettazione e l'implementazione del Sistema Informativo delle Case della Salute con la finalità di raccogliere informazioni sull'organizzazione, offerta di servizi, attività svolte, dotazione tecnologica e di personale delle Case della Salute e sulla partecipazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta alle Case della Salute.

Gli Ospedali di Comunità

Nel Decreto Ministeriale n.70 del 2 aprile 2015 (DM 70/2015) le strutture intermedie si caratterizzano per avere come obiettivo sia evitare le ammissioni in ospedale sia supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, con varie funzioni, sia nella gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, sia nei programmi di

ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, sia nei centri di comunità/poliambulatori.

In particolare, l'Ospedale di Comunità viene definito come una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da medici dipendenti del SSN.

Nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 2040 del 10 dicembre 2015 (Riorganizzazione della rete ospedaliera) si afferma come l'Ospedale di Comunità prenda in carico prevalentemente pazienti che necessitano di: sorveglianza infermieristica continuativa; interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare). La degenza media prevedibile è di circa 20 giorni e l'accesso può avvenire dal domicilio o dall'ospedale, su proposta del medico di medicina generale o dall'ospedale.

L'accesso agli Ospedali di Comunità (DGR n.221\2015; DGR n. 2040\2015) avviene sulla base di una valutazione multidimensionale del paziente, che sostiene un piano integrato e individualizzato di cura(PAI), concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver. L'assistenza è garantita da Infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS) e altri professionisti come i fisioterapisti quando necessario; la responsabilità clinica della singola persona è affidata al Medico di medicina generale o ad altro personale Medico dell'AUSL. Per un corretto monitoraggio dell'attività assistenziale è stato, inoltre, istituito un flusso informativo regionale che permette analisi puntuali dei percorsi di cura dei pazienti. Ad oggi sono attivi 14 Ospedali di Comunità.

L'obiettivo, nel 2017, è pertanto l'ulteriore sviluppo degli Ospedali di Comunità e la valutazione dell'appropriatezza organizzativa nell'accesso alla rete delle Cure Intermedie e delle modalità di risposta tempestiva.

Obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire

- Monitoraggio ed analisi del grado di evoluzione delle Case della Salute nelle Aziende Usl con predisposizione di un report;
- Predisposizione ed aggiornamento dei profili di Nucleo di Cure Primarie (NCP) in tutti i NCP e attività di formazione all'interno delle Aziende Sanitarie;
- Analisi da parte delle Aziende sanitarie, in condivisione con le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, di strutture per l'attivazione di posti letto di Ospedali di Comunità;
- Predisposizione di report relativo alle attività assistenziali all'interno degli Ospedali di Comunità dal flusso informativo regionale SIRCO.

Tempi entro i quali gli obiettivi si ritengono raggiungibili

Gennaio-Dicembre 2017

Indicatori

- Raccolta dati e analisi degli elementi costitutivi delle Case della Salute, realizzazione di incontri di approfondimento a livello regionale e a livello aziendale nelle Case della Salute funzionanti e report di sintesi
- Relazione sull'organizzazione dei Nuclei di Cure Primarie a livello regionale
- Evidenza di una analisi in ambito Aziendale delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità

COSTI CONNESSI PER L'INTERA LINEA PROGETTUALE "ATTIVITA' DI ASSISTENZA PRIMARIA":

- Lo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità

Importo a valere sul FSN 2017: € 23.564.547,00

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

TITOLO DEL PROGETTO:
L'ascolto e il coinvolgimento come strumenti di sviluppo organizzativo e di empowerment

REFERENTE DEL PROGETTO:
Maria Augusta Nicoli, Vittoria Sturlese
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna - Viale A.Moro, 21 Bologna - E-mail: asrdirgen@regione.emilia-romagna.it; augusta.nicoli@regione.emilia-romagna.it
vittoria.sturlese@regione.emilia-romagna.it

IMPIANTO PROGETTUALE
Contenuto del progetto

Il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna ha perseguito fin dal 2011 l'obiettivo dell'umanizzazione dei servizi, prevedendo lo sviluppo di un modello regionale per la valutazione della qualità dal punto di visto del cittadino. Inoltre, si sta procedendo ad integrare strumenti di rilevazione e relativi indicatori dal punto di vista degli utenti nell'ambito dei sistemi di valutazione esistenti (es. valutazione performance, valutazione degli esiti,) e dell'accreditamento. Il lavoro condotto in questi anni ha permesso di dotare il sistema regionale di strumenti e protocolli metodologici finalizzati a rilevare in modo sistematico la valutazione dei servizi dal lato dell'utente.

In linea con gli obiettivi strategici del Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) 2017-2019, si intende proseguire l'attività orientata sia alla rilevazione periodica e produzione di indicatori sia al perfezionamento di metodologie di rilevazione in ambiti assistenziali particolarmente significativi (assistenza territoriale).

Il principale obiettivo 2017 consiste nel consolidamento del modello regionale per la valutazione della qualità dal punto di visto del cittadino in modo che possa essere assunto in altri processi di programmazione e di valutazione regionale (es. Schede attuative del PSSR, Piano Strategico, Piano delle Azioni, Obiettivi alle Aziende Sanitarie, Sistemi di monitoraggio delle performance).

Ci si concentrerà in particolare su due filoni di ricerca:

1. Progetto "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" (progetto Agenas 2016-2017);
2. Strumenti e metodologie per la valutazione dal lato dell'utente di servizi ad alto impatto assistenziale.

Obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire

- Implementazione del Progetto "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" (Progetto biennale 2016-2017 Agenas)
- Elaborazione e validazione di strumenti di ascolto dal punto di vista dei cittadini e dei professionisti per la valutazione d'impatto delle Case della Salute
- Adattamento e revisione degli strumenti di rilevazione della qualità percepita dei servizi di degenza già presenti nel sistema regionale (questionario "La qualità della cura in ospedale")

Tempi entro i quali gli obiettivi si ritengono raggiungibili
Gennaio - Dicembre 2017

Indicatori
<u>Progetto "la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero":</u>

- Incontri di formazione/azione nelle Aziende Sanitarie aderenti al Progetto (1 Progetto formativo e 9 incontri)
- Rilevazione della Checklist per la "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" nelle Aziende aderenti (1 Report Regionale di restituzione dei risultati alle Aziende).
- Validazione del Set minimo di indicatori ed evidenze elaborate con Criba (Centro regionale informativo per il benessere ambientale) per la rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero
- Progettazione della banca dati regionale delle azioni di miglioramento (1 banca dati).

Strumenti e metodologie per implementare sistemi regionali di valutazione dal lato dell'utente in servizi ad alto impatto assistenziale:

- Elaborazione e validazione di strumenti del modello di ascolto dal punto di vista dei cittadini e dei professionisti per la valutazione d'impatto delle Case della Salute
- Sperimentazione e validazione di una versione breve del questionario "La qualità della cura in ospedale" (1 questionario)

COSTI CONNESSI PER L'INTERA LINEA PROGETTUALE "SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI":

- L'ascolto e il coinvolgimento come strumenti di sviluppo organizzativo e di empowerment

Importo a valere sul FSN 2017: € 14.727.842,00

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

TITOLO DEL PROGETTO:
Aderenza del flusso informativo assistenza domiciliare alla riorganizzazione della rete di cure palliative: individuazione dell'attività domiciliare di base e specialistica

REFERENTE DEL PROGETTO:
Antonio Brambilla, Maria Rolfini
Servizio Assistenza Territoriale – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Viale A.Moro, 21 Bologna – E-mail: assistenzaterritoriale@regione.emilia-romagna.it

Campagna Anselmo, Elisa Rozzi
Servizio Assistenza Ospedaliera - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Viale A.Moro, 21 Bologna – E-mail: segrosp@regione.emilia-romagna.it

IMPIANTO PROGETTUALE
Contenuto del progetto
Con la DGR 560/2015 "Riorganizzazione della rete di cure palliative" è stato introdotto un importante cambiamento nell'organizzazione e nell'erogazione delle cure palliative rese a domicilio. Le cure palliative domiciliari saranno infatti garantite dalle Unità di Cure Pallaitive Domiciliari (UCPD) che si integrano con il modello ADI e garantiscono, al proprio interno, due livelli assistenziali: il livello base e il livello specialistico. Alla luce delle importanti modifiche organizzative introdotte dalla DGR citata e, vista l'importante funzione di monitoraggio rivestita dal flusso informativo relativo all'assistenza domiciliare, si ritiene utile rendere il flusso steso sempre più aderente all'organizzazione dei servizi erogati in modo da consentire una lettura puntuale ed omogenea dei dati. Inoltre vista la particolare attenzione posta in questi anni allo sviluppo delle cure palliative si ritiene opportuno riproporre il tema all'interno del principale strumento di programmazione regionale (PSSR) valorizzando l'attività dell'equipe di cure domiciliari e proponendo percorsi organizzativi e formativi specifici all'interno delle strutture per anziani.

La L. n. 38 del 15/3/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" amplia la popolazione target delle cure palliative al paziente pediatrico garantendo per la prima volta anche a questa fascia di popolazione di trovare risposte adeguate a bisogni assistenziali complessi. Alla luce di questa importante normativa si rende necessario continuare nell'attività programmatoria iniziata con la DGR 1898/2012 che ha istituito formalmente la rete delle CPP individuandone i tre nodi: Ospedale, Territorio e Hospice Pediatrico.

Obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire
Per il 2017 saranno introdotte modifiche nel tracciato record del flusso informativo dell'assistenza domiciliare per monitorare l'attività dell'assistenza domiciliare palliativa di base e quella specialistica. Individuazione di azioni innovative per rispondere al bisogno cure palliative in particolare nelle strutture per anziani.

Relativamente alla rete per le cure palliative pediatriche nel 2017 si lavorerà alla costituzione di un tavolo tecnico ad hoc con l'obiettivo di procedere all'analisi dello stato dell'arte rispetto la realizzazione a livello aziendale della RCPP e la programmazione delle attività future, con particolare riguardo all'integrazione nella rete del nodo Hospice pediatrico.

Tempi entro i quali gli obiettivi si ritengono raggiungibili
Gennaio - Dicembre 2017.

Indicatori
Predisposizione di documento finale utile per la formulazione di atti normativi.

COSTI CONNESSI PER L'INTERA LINEA PROGETTUALE "CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA":

- Aderenza del flusso informativo assistenza domiciliare alla riorganizzazione della rete di cure palliative: individuazione dell'attività domiciliare di base e specialistica

Importo a valere sul FSN 2017: € 8.239.038,00

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

TITOLO DEL PROGETTO:
Piano nazionale della prevenzione e avanzamento del Piano Regionale 2015-18

REFERENTE DEL PROGETTO:
Adriana Giannini
Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Viale A.Moro, 21 Bologna - E-mail: Segrsanpubblica@Regione.Emilia-Romagna.it

IMPIANTO PROGETTUALE
Contenuto del progetto
Il Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 (PRP) è stato approvato con Deliberazione di Giunta regionale n. 771 del 29 giugno 2015. Il PRP si articola in sei Programmi: Ambienti di lavoro, Comunità, declinata secondo tre direttrici (programmi di popolazione, interventi età-specifici e interventi per patologia), Scuola, Ambiente Sanitario.
I programmi comprendono 68 progetti, che affrontano tematiche diversificate e complesse e richiedono l'apporto e l'integrazione di professionalità e competenze di diversa natura e provenienza.

Obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire
- Implementare la realizzazione delle azioni inserite nei progetti del PRP 2015-18, secondo il cronogramma previsto;
- Coordinare e supportare lo stato di avanzamento dei progetti a livello delle Aziende sanitarie regionali;
- Rispettare i parametri previsti per gli "indicatori sentinella" dall'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 al fine di ottenere la certificazione del Piano per l'anno 2017.

Tempi entro i quali gli obiettivi si ritengono raggiungibili
Gennaio-Dicembre 2017

Indicatori
Per l'anno 2017 l'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 prevede una valutazione di processo del Piano, "misurata attraverso il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici, attraverso lo scostamento tra valori osservati e valori standard degli indicatori sentinella". In particolare la certificazione si intende con esito positivo se almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella presenta uno scostamento tra valore osservato e valore standard non superiore al 20%.

TITOLO DEL PROGETTO:
Sostegno al funzionamento dei Network a supporto del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018: Osservatorio Nazionale Screening, Associazione Italiana Registri Tumori e Evidence-based prevention

REFERENTI DEL PROGETTO:
Adriana Giannini, Stefano Ferretti

Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica -Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Viale A.Moro, 21 Bologna - E-mail: Stefano.Ferretti@Regione.Emilia-Romagna.it

Contenuto del progetto

Network Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

La Regione Emilia-Romagna, così come previsto dalla Circolare regionale che ne ha disposto l'istituzione (Circ. 38/1994), assicura le attività di monitoraggio, controllo di qualità e valutazione di impatto dei programmi di screening oncologici. Questa attività verrà condotta in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), per la promozione di eventi di formazione dedicati agli operatori di screening di tutte le Regioni italiane. Sempre attraverso la rete ONS proseguirà la valutazione di processo e di impatto dei programmi, predisponendo l'organizzazione di corsi e seminari interdisciplinari.

Network Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

Il network dell'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) è costituito attualmente da una rete nazionale di 47 Registri tumori accreditati che coprono il 62% della popolazione nazionale (circa 37.000.000). AIRTUM cura la formazione di tutto il personale operante nei Registri e l'accreditamento dei dati dei registri stessi, che confluiscono in una Banca Dati nazionale, attiva dal 2005 e attualmente comprendente circa 3.500.000 casi incidenti.
La rete dei Registri tumori dell'Emilia-Romagna ha in programma la prosecuzione del progetto di Registro regionale unico, a partire dalle strutture accreditate che coprono attualmente l'80% della popolazione regionale. Proseguiranno le attività di registrazione ad alta definizione dei tumori oggetto dei programmi di screening regionali (mammella, cervice con lesioni pre-maligne, colon-retto con lesioni pre-maligne) e le sorveglianze regionali in atto. Sarà avviata una fase di aggiornamento della sorveglianza regionale MONITER (monitoraggio degli inceneritori operanti sul territorio regionale). Proseguirà l'attività di collegamento con la rete AIRTUM nazionale con l'organizzazione di un corso di formazione per il personale dei Registri e di un seminario di studio sull'integrazione delle attività tra i Registri tumori e il sistema di sorveglianza PASSI.

Network Evidence-based prevention

Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEBP) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Nel 2017 si prevede la collaborazione alla rete NIEBP nello sviluppo di metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione.

Obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire

Network Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

- Formazione e aggiornamento degli operatori dei programmi di screening attraverso seminari e controlli di qualità delle varie fasi del percorso, aperti anche a partecipanti di altre Regioni. Controlli di qualità interregionali relativi ai test di laboratorio;
- Regolare invio del flusso di dati dei programmi di screening all'ONS;
- Produzione e aggiornamento di protocolli diagnostico terapeutici delle patologie e delle fasi del percorso di screening;
- Monitoraggio specifico dell'avanzamento della fase di transizione relativa allo screening cervicale con HPV-DNA test primario;
- Prosecuzione del monitoraggio del percorso assistenziale e di valutazione del rischio eredo-familiare di tumore della mammella e dell'ovaio, rendendo disponibili all'ONS e alle Regioni i PDTA del percorso e i risultati;
- Collaborazione con le Società scientifiche di riferimento per gli screening (GISMa, GISCi e GISCoR), che ospitano durante i convegni nazionali i seminari ONS. In particolare per il 2017 si prevede di organizzare il convegno nazionale GISCi nella città di Ferrara;

- Rendicontazione dei risultati, dei punti di forza e di debolezza dei programmi di screening attraverso seminari tematici e la produzione di un Report specifico, pubblicato sul sito regionale screening e raggiungibile anche dal sito ONS.

Network Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

- Aggiornamento al 2017 del Report regionale sull'incidenza dei tumori in Emilia-Romagna; aggiornamento della registrazione ad alta definizione dei tumori oggetto di screening e delle lesioni pre-maligne di colo-retto e cervice uterina;
- Costituzione di un Registro dell'Area Vasta Nord (Province di Piacenza, Parma, Reggio-Emilia e Modena) per coordinare tutta l'attività di registrazione dei 4 Registri attualmente attivi a livello provinciale;
- Avvio di un progetto di collegamento funzionale tra il Registro tumori della Provincia di Ferrara e il Registro tumori della Romagna, con condivisione di un'unica repository dei dati e delle procedure di archiviazione e gestione informatica del dataset;
- Aggiornamento della sorveglianza regionale MONITER (monitoraggio degli inceneritori operanti sul territorio regionale);
- Attività di collegamento con la rete AIRTUM nazionale con l'organizzazione di un corso di formazione per il personale dei Registri e di un seminario di studio sull'integrazione delle attività tra i Registri tumori nazionali e il sistema di sorveglianza PASSI.

Network Evidence-based prevention

- Favorire il knowledge transfer nel campo della prevenzione, collaborando alla messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili, su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP e dal PRP 2015-18;
- creare una rete regionale di "antenne" del NIEBP con funzione di interfaccia con i centri di ricerca per favorire la disseminazione dell'uso delle prove di efficacia elaborate;
- partecipare alla formazione dei collaboratori dei centri di ricerca e delle "antenne" regionali del NIEB.

Tempi entro i quali gli obiettivi si ritengono raggiungibili

Network Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

Anno 2017

Network Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

- Aggiornamento Report regionale e rendicontazione dati di incidenza dei tumori oggetto di screening: 1 anno.
- Costituzione Registro tumori dell'Area Vasta Nord: 1 anno.
- Collegamento tra i Registri di Ferrara e Romagna: 1 anno
- Aggiornamento sorveglianza MONITER: 1 anno
- Corso nazionale formazione AIRTUM e attività seminariale AIRTUM-PASSI: 1 anno

Network Evidence-based prevention

2017-2018

Indicatori

Network Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

- 1 corso per il controllo di qualità e concordanza istopatologica del colon retto, aperto a partecipanti di altre Regioni e un corso rivolto ai nuovi colposcopisti del programma di screening. Attivazione del controllo di qualità di laboratorio per HPV-test;

- 3 seminari regionali sui risultati dei singoli programmi di screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto;
- Produzione di un "Protocollo di valutazione della qualità tecnica dell'esame mammografico" ad opera del gruppo dei TSRM della Regione Emilia-Romagna, utilizzabile per la formazione esterna alla regione, in collaborazione con l'ONS;
- Per il monitoraggio dell'avanzamento della fase di transizione relativa allo screening cervicale con HPV-DNA test primario: invito ad HPV test, al termine del 2017, di almeno il 60% della popolazione di 50-64 anni da invitare negli anni 2016 e 2017 (due terzi delle residenti in fascia di età). Inoltre, attivazione dell'invito ad HPV test per la fascia di età 45-49anni, almeno in alcune parti del territorio regionale;
- Raccolta ed elaborazione dei dati 2016 del percorso per la valutazione del rischio eredo-familiare di tumore della mammella e ovaio e impostazione del report con i dati 2012-2016 del percorso;
- Organizzazione del Convegno nazionale GISCi 2017 nella città di Ferrara;
- Pubblicazione online del report: "i programmi di screening oncologici Emilia-Romagna 2017".

Network Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

- Redazione del Report regionale annuale sull'incidenza, sopravvivenza e prevalenza dei tumori in Emilia-Romagna;
- Rendicontazione dei dati di incidenza ad alta definizione dei tumori oggetto di screening durante i tre seminari annuali dedicati agli screening;
- Strutturazione del Registro tumori in Area Vasta Emilia Nord (AVEN);
- Sottoscrizione degli atti per la convenzione tra i Registro tumori della Provincia di Ferrara (Azienda USL Ferrara) e Il Registro tumori della Romagna (IRST-IRCCS di Meldola-FO);
- Conferimento dei dati dei Registri tumori regionali al progetto MONITER;
- Organizzazione del Corso annuale di formazione del personale dei Registri AITUM;
- Organizzazione di un Seminario tra rete AIRTUM e rete PASSI.

Network Evidence-based prevention

- partecipazione all'organizzazione di eventi di formazione e di aggiornamento rivolti a professionisti impegnati nell'attuazione o rimodulazione dei PRP.

COSTI CONNESSI PER L'INTERA LINEA PROGETTUALE: "PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE":

- Piano nazionale della prevenzione e avanzamento del Piano Regionale 2015-18
- Sostegno al funzionamento dei Network a supporto del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018: Osservatorio Nazionale Screening, Associazione Italiana Registri Tumori e Evidence-based prevention: € 98.868,00

Importo a valere sul FSN 2017: € 19.773.692,00

5. LINEA PROGETTUALE
GESTIONE DELLA CRONICITÀ. MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA

TITOLO DEL PROGETTO:
Medicina di iniziativa e presa in carico della fragilità

REFERENTE DEL PROGETTO:

Brambilla Antonio, Cacciapuoti Imma, Donatini Andrea, Botturi Davide, Antonella Carafelli, Andrea Fabbo
Servizio Assistenza Territoriale – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Viale A.Moro, 21 Bologna – E-mail:assistenzaterritoriale@regione.emilia-romagna.it

IMPIANTO PROGETTUALE
Contenuto del progetto

A. Medicina di iniziativa

Per medicina d'iniziativa si intende un modello assistenziale che non aspetta il cittadino (medicina di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio. Consiste nel richiamo attivo periodico del paziente per attività educative e clinico assistenziali volte alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce e al monitoraggio delle malattie croniche al fine di rallentarne la comparsa, l'evoluzione e prevenirne le complicanze. La medicina di iniziativa impone un "*approccio di salute di popolazione*" (Population Health Management) che rappresenta un fondamento della letteratura sulle patologie croniche e pone l'obiettivo di mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche attraverso l'identificazione della popolazione di riferimento in base:

- all'identificazione della popolazione in base al bisogno di salute,
- alla stratificazione in base alla gravità,
- alla valutazione dei modelli di presa in carico
- alla valutazione degli esiti di salute.

Questa differenziazione risulta indispensabile per definire le strategie e gli interventi più appropriati di medicina di iniziativa rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza e il Piano di cura, ma è anche requisito di efficacia e di efficienza attraverso la riduzione degli interventi inappropriati. La Regione Emilia-Romagna, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Cronicità, ha elaborato e validato una metodologia statistica (Risk-ER) che permette di stratificare la popolazione adulta (>=18 anni) sulla base del profilo di rischio di fragilità, espresso in termini di rischio per problemi di salute la cui ospedalizzazione o progressione sono potenzialmente evitabili, attraverso cure appropriate a livello territoriale.Il modello predittivo stratifica su quattro livelli di gravità, dal basso rischio (75% della popolazione) al più alto rischio (3.1%), utilizza un ampio insieme di dati provenienti da fonti amministrative regionali correnti (es. scheda di dimissione ospedaliera, pronto soccorso, assistenza farmaceutica, assistenza specialistica, assistenza domiciliare ecc.) e include molteplici variabili in cui oltre alle caratteristiche demografiche della popolazione, combina una serie di indicatori di morbilità e di gravità della patologia , nonché numerosi indicatori di qualità dei trattamenti clinici. Il progetto pilota (Risk-ER) è stato avviato in 25 Case della Salute, sono stati valutati i profili di rischio di 15.853 persone, di cui 6.759 con profilo di rischio "molto alto" e 9.094 "alto". Le schede individuali con il profilo di rischio vengono valutate all'interno dell'équipe della Casa della Salute, con i medici di famiglia, gli infermieri dell'ambulatorio

per la gestione integrata della cronicità, l'assistente sociale e, a seconda del bisogno emergente, dallo specialista (es. diabetologo, psichiatra, cardiologo, pneumologo, etc.), con la collaborazione delle associazioni di pazienti e di volontariato presenti nel territorio.

B. Presa in carico della fragilità

La Regione Emilia-Romagna con Deliberazione della Giunta Regionale n.990/16 ha recepito il Piano nazionale Demenze (Accordo Stato Regioni del 30/10/14) ed aggiornato le linee regionali del progetto demenze (già avviato con DGR 2581/99). Nel corso degli anni è stata implementata una rete di centri specializzati per la diagnosi e la presa in carico del malato e del familiare (centri per i disturbi cognitivi e demenze), che dal 2002 al 2016, ha effettuato più di 133.500 diagnosi di demenza, ed individuato oltre 50 mila casi di Mild cognitive impairment (condizione che può eveolvere a demenza), per complessivi 183 mila casi di deficit cognitivo (circa il 17% della popolazione regionale ultrasessantacinquenne).
Il progetto regionale demenze si pone gli obiettivi di garantire una diagnosi adeguata e tempestiva, interventi sanitari specialistici e cure farmacologiche, ed in collaborazione con i Comuni, i Servizi Assistenza Anziani e la rete del volontariato il sostegno psicologico per pazienti e familiari, interventi di stimolazione cognitiva ed altre opportunità terapeutiche per la socializzazione ed il mantenimento delle capacità residue, gruppi di sostegno ed auto-aiuto, corsi di formazione ed informazione per i familiari, consulenze specialistiche, puntando alla domiciliarità sostenibile attraverso l'integrazione, la flessibilità, l'innovazione, la qualificazione dei servizi e la disponibilità di interventi ed opportunità a bassa soglia ed alta capacità di contatto (come ad esempio i Centri di incontro ed i Caffè Alzheimer).
Con l'Accordo Stato-Regioni del 26/10/2017, nell'ambito del Piano Nazionale demenze, sono state approvate le indicazioni nazionali per lo sviluppo di Piani diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) sulle demenze e le Indicazioni per l'utilizzo di flussi informativi per caratterizzare il fenomeno delle demenze.

A. Obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire

Monitoraggio degli interventi di medicina di iniziativa implementati attraverso l'utilizzo dello strumento Risk-ER;
Censimento dei sistemi informativi implementati negli ambulatori Infermieristici della cronicità a supporto dell'integrazione professionale;
Utilizzo dei questionari per la valutazione della qualità dell'assistenza dal punto di vista del cittadino (PACIC) e dei professionisti (ACIC).

B. Obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire

Implementare il PDTA per le demenze nelle Aziende Sanitarie
Garantire in ogni ambito distrettuale la presenza di una rete dedicata all'assistenza delle persone con demenza e di sostegno ai familiari attraverso il potenziamento del sistema di accesso, valutazione e presa in carico multidisciplinare e la diffusione di un approccio unitario e condiviso.
Garantire e qualificare i percorsi di cura attraverso un approccio integrato e condiviso, che potenzi l'integrazione ospedale-territorio
Promuovere l'utilizzo di un algoritmo specifico per le demenze a partire dai flussi informativi esistenti, così come indicato dal documento nazionale, per il monitoraggio dei percorsi socio-assistenziali delle persone con demenza ed il governo complessivo del progetto

Tempi entro i quali gli obiettivi A e B si ritengono raggiungibili

Gennaio-Dicembre 2017

A. Indicatori

- Report sugli interventi di medicina di iniziativa implementati attraverso l'utilizzo dello strumento Risk-ER;
- Documento di sintesi sui Sistemi Informativi implementati negli ambulatori infermieristici delle Case della Salute;

- Report sui risultati dei questionari ACIC dei professionisti e PACIC rivolti ai pazienti.

B. Indicatori

- Numero di Distretti in cui è stato definito/ implementato il PDTA demenze
- Numero di persone prese in carico dai Centri per i disturbi cognitivi e demenze / numero di persone valutate dai Centri per i disturbi cognitivi e demenze
- Numero di persone con prima diagnosi di "demenza" nella Scheda di Dimissione Ospedaliera
- Numero e tipologia di servizi e prestazioni erogati a sostegno del paziente e/o caregiver

COSTI CONNESSI PER L'INTERA LINEA PROGETTUALE "GESTIONE DELLA CRONICITÀ. MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE IN CONDIZIONI DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA":

- Medicina di iniziativa e presa in carico della fragilità

Importo a valere sul FSN 2017: € 19.882.586,00

6. LINEA PROGETTUALE
RETI ONCOLOGICHE

TITOLO DEL PROGETTO:
Definizione, organizzazione e implementazione dei Centri di Senologia regionali

REFERENTE DEL PROGETTO:
Campagna Anselmo, De Palma Rossana
Servizio Assistenza Ospedaliera – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Viale A.Moro, 21 Bologna – E-mail: anselmo.campagna@regione.emilia-romagna.it; rossana.depalma@regione.emilia-romagna.it

IMPIANTO PROGETTUALE:
Contenuto del progetto
Il tumore della mammella è il primo tumore per frequenza nella donna, rappresentando il 29% di tutte le nuove diagnosi di cancro nel 2016 (Fonte Registro Tumori RER). In questi anni sono state avviate numerose attività articolate dalla prevenzione della patologia, attraverso programmi di screening mammografico regionale, la cui adesione ha raggiunto nel 2016 valori tra i più alti di Italia (76%), e di definizione/implementazione di un percorso dedicato alle donne ad alto rischio genetico, all'ambito più strettamente assistenziale con l'individuazione e valutazione di uno specifico percorso diagnostico-terapeutico (PDTA), applicato a livello provinciale e definito sulla base delle migliori evidenze scientifiche. Parallelamente sono state effettuate, sulla base delle indicazioni di specifiche Linee guida, azioni di riorganizzazione, come la concentrazione dei volumi chirurgici per struttura, tali da modificare in modo rilevante la struttura dell'offerta regionale.
In applicazione della DGR 800/2015 sono stati recepiti i contenuti del Documento "Linee di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia", approvato dalla Conferenza Stato Regioni nel dicembre 2014 e con la DGR 2040/2015 *"Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L.135/ 2012, dal Patto per la Salute e dal DM 70/2015"*, si è proceduto a definire le linee di indirizzo per l'organizzazione della materia oncologica e in particolare senologica.
I Centri di senologia si propongono di favorire l'integrazione armonica delle strutture territoriali e ospedaliere addette alla prevenzione, cura, follow-up e riabilitazione dei tumori della mammella, privilegiando percorsi di condivisione con la sanità territoriale, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza di un percorso multidisciplinare capace di offrire la migliore prestazione possibile per qualità e sicurezza, tecnologicamente all'avanguardia.
Nel 2017, al fine di sistematizzare tutti gli aspetti diagnostici e di cura del tumore della mammella e garantire l'erogazione di un percorso diagnostico-terapeutico omogeneo su tutto il territorio regionale è stato avviato un gruppo di lavoro regionale per la definizione della rete dei Centri di Senologia *(Determina DG 15015 del 26/09/2017 "Costituzione gruppo di lavoro per la definizione della rete regionale dei centri di senologia (gruppo di lavoro breast unit), ai sensi della dgr 2040/2015 e dell'art. 40 della l.r. 43/2001).*

Obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire:
- definizione delle condizioni per la garanzia dello svolgimento dell'attività di senologia;
- definizione della rete delle strutture senologiche sulla base delle evidenze di letteratura che evidenziano una associazione positiva fra volume di attività chirurgica per centro/operatore ed esiti di salute;
- definizione di criteri per garantire qualità, appropriatezza e sicurezza del percorso senologico.

Tempi entro i quali gli obiettivi si ritengono raggiungibili
Gennaio - Dicembre 2017

Indicatori
Predisposizione di documento finale utile per la formulazione di atti normativi.

COSTI CONNESSI PER L'INTERA LINEA PROGETTUALE "RETI ONCOLOGICHE":

- Definizione, organizzazione e implementazione dei Centri di Senologia regionali

Importo a valere sul FSN 2017: € 15.464.233,00

Giunta Regionale

Assessorato Politiche per la Salute

Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare

ALLEGATO 2

RELAZIONI ILLUSTRATIVE SUI RISULTATI RAGGIUNTI RELATIVE AI PROGETTI PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE, PER L'ANNO 2016, DI CUI ALLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE n. 816/2016

LINEA PROGETTUALE 1
Assistenza Primaria

TITOLO DEL PROGETTO:
Lo sviluppo dell'assistenza primaria e degli Ospedali di Comunità

REFERENTE DEL PROGETTO:
Brambilla Antonio, Cacciapuoti Imma, Botturi Davide, Donatini Andrea, Buriani Alfonso
Servizio Assistenza Territoriale – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Viale A.Moro, 21 Bologna – E-mail: assistenzaterritoriale@regione.emilia-romagna.it

RELAZIONE ILLUSTRATIVA SUI RISULTATI RAGGIUNTI

Le Case della Salute e i NCP

Le Case della Salute della Regione Emilia Romagna nascono per garantire in modo coordinato: accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento; valutazione del bisogno della persona e accompagnamento alla risposta maggiormente appropriata, programmabile e non programmabile; risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento di tutti i servizi sanitari territoriali (H 12 e H 24 di norma a livello distrettuale); presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa; l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono la integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali; la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e caregiver.

Il 5 dicembre 2016 sono state approvate da parte della Giunta Regionale le nuove indicazioni regionali sulle Case della Salute (DGR 2128/2016) con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.

I Nuclei di Cure Primarie (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, altri professionisti di riferimento) rimangono la garanzia della capillarità e della prossimità delle cure ai luoghi di vita delle persone, e possono rappresentare la soluzione organizzativa maggiormente appropriata in specifiche aree geografiche (es. determinate aree montuose).

Nel 2016 è stato completato il percorso di attivazione di un sistema informativo delle cure primarie sull'organizzazione dei Nuclei di Cure Primarie con informazioni su adesione ai percorsi e tipologia di assistenza offerta, numero di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta operanti all'interno delle Case della Salute e relativo impegno orario. Sono proseguite le attività per il completamento del Sistema Informativo sulle Case della Salute.

Tutte le Aziende Sanitarie hanno programmato, in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, progetti di miglioramento dell'assistenza all'interno dei Nuclei di Cure Primarie (per i medici di medicina generale) e dei Distretti (per i pediatri di libera scelta) nelle aree dell'assistenza individuate come critiche sulla base dell'analisi dei profili.

Gli Ospedali di Comunità

Le strategie e i programmi innovativi della Regione Emilia-Romagna hanno portato a sviluppare luoghi e modelli assistenziali per favorire ulteriormente l'accesso alle cure primarie. Tale riorganizzazione è coerente con gli indirizzi del Patto per la Salute 2014-2016 e delle "Indicazioni

attuative del Piano Sociale e Sanitario Regionale per il biennio 2013-2014" in cui viene affermato come il potenziamento e lo sviluppo della rete assistenziale territoriale si avvalga della realizzazione di strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria (Case della Salute) e di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, come l'attivazione di Ospedali di Comunità a gestione infermieristica. Tra gli obiettivi primari del ricovero, deve essere posto anche l'empowerment di pazienti e caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità. L'assistenza all'interno degli Ospedali di Comunità è erogata in Moduli Assistenziali di 20 posti-letto a gestione infermieristica. L'assistenza medica negli Ospedali di Comunità è garantita dai medici di medicina generale curanti dei pazienti ricoverati o da altro personale medico individuato dall'Azienda Sanitaria, che si coordinano con il personale infermieristico della struttura. L'assistenza medica notturna e pre-festiva e festiva viene garantita dal Servizio di Continuità Assistenziale, salvo accordi locali.

Al 31.12.2016 sono attive 14 Strutture di Ospedale di Comunità che hanno assistito complessivamente 2.386 pazienti. Lo specifico flusso informativo, attivato dal 1 gennaio 2015, riporta valori degli indicatori perfettamente in linea con le indicazioni fornite per tale tipologia di struttura dal DM 70/2015.

Risultati raggiunti

- Sono state elaborate le nuove Linee di Indirizzo regionali: "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa" (DGR 2128/2016).
- E' stato completato il sistema informativo delle cure primarie (Osservatorio Cure Primarie) ed è proseguito il percorso per il completamento del Sistema Informativo sulle Case della Salute;
- I dati dei Profili di Nucleo di Cure Primarie e dei Pediatri di libera scelta sono stati aggiornati all'anno 2016 e messi a disposizione di tutte le Aziende USL mediante lo strumento ReportE;
- Il report di monitoraggio (anno 2016) delle Case della salute è disponibile sul sito della Regione Emilia-Romagna, all'indirizzo: http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/case-della-salute;
- I dati di attività relativi all'anno 2016 degli Ospedali di Comunità sono disponibili sul sito della Regione Emilia-Romagna, all'indirizzo: http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cure-intermedie-sirco/.

LINEA PROGETTUALE 2
Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

TITOLO DEL PROGETTO:
L'ascolto e il coinvolgimento come strumenti di sviluppo organizzativo e di empowerment

REFERENTE DEL PROGETTO:
Maria Augusta Nicoli, Vittoria Sturlese
Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna - Viale A.Moro, 21 Bologna - E-mail: asrdirgen@regione.emilia-romagna.it; augusta.nicoli@regione.emilia-romagna.it; vittoria.sturlese@regione.emilia-romagna.it

RELAZIONE ILLUSTRATIVA SUI RISULTATI RAGGIUNTI

Nel corso del 2016 sono proseguite le attività del "Laboratorio regionale per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, delle comunità e dei professionisti", che rappresenta il punto di riferimento regionale per le Aziende Sanitarie dell'Emilia-Romagna e per gli Enti locali in tema di ascolto, partecipazione e umanizzazione dei servizi, sia verso i cittadini/utenti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) sia nei confronti dei professionisti del SSR.

Le principali attività del Laboratorio riguardano:

- metodologie e strumenti validati per la rilevazione sistematica della valutazione dei servizi da parte degli utenti, e il confronto tra servizi (es. ospedalieri, salute mentale, terapia intensiva, ambulatoriale ecc.)
- modalità di analisi e integrazione di diversi flussi informativi, in particolare "Segnalazioni in Sanità", a regime dal 2003, e "Qualità percepita nei servizi di Degenza";
- interventi formativi su metodologie e strumenti della ricerca;
- linee guida relative sia all'utilizzo degli strumenti sia alla predisposizione della reportistica;
- strumenti di pianificazione aziendale per l'ascolto e il coinvolgimento degli utenti e loro familiari.

Sulla base dell'esperienza condotta è possibile sostenere come esistano le condizioni per rendere sistematica la rilevazione della valutazione dei servizi dal punto di vista degli utenti, e per estendere le attività di ascolto del Laboratorio agli ambiti socio-assistenziale e socio-sanitario.

Risultati raggiunti

1. Ricerca Agenas "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" (2016-2017)

- La sperimentazione all'interno di una Azienda Sanitaria di un set minimo di indicatori, costruito a partire dagli item della "Check List per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero", ha consentito un ulteriore perfezionamento degli strumenti di rilevazione a livello regionale.
- Sono state raccolte le adesioni alla nuova ricerca Agenas "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero" (2016-2017) da parte di 13 stabilimenti ospedalieri, ed è stata condotta la progettazione delle attività utili al contesto regionale, in continuità con le azioni progettuali pregresse.
- La documentazione prodotta include:

- report sulla sperimentazione all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria “S. Anna” di Ferrara del "SET MINIMO" di indicatori tratti dalla Check List;
- protocollo metodologico regionale di ricerca;
- documento di progettazione del percorso di formazione/azione sugli strumenti di rilevazione (Check List e Set Minimo regionale di indicatori estratto dalla Check List).

Tutta la documentazione è disponibile nel sito dell’Agenzia Sociale e Sanitaria regionale, all’indirizzo: http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/innovazione-sociale/labos/valutazione_umanizzazione_strutture_ricovero#section-2

2. **Documentazione e pubblicizzazione degli esiti dell'indagine regionale per la rilevazione della qualità percepita nel "Percorso nascita"**
   - Report, disponibile nel sito dell’Agenzia Sociale e Sanitaria regionale, all’indirizzo: http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/rapporti-documenti/rilevazione-qualita-percepita-percorso-nascita
   - Presentazione dei risultati nell’ambito del Convegno regionale "La nascita in Emilia-Romagna. Presentazione del 14° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) - Anno 2016", disponibile nel sito dell’Agenzia Sociale e Sanitaria regionale, all’indirizzo:http://salute.regione.emilia-romagna.it/siseps/sanita/cedap/files/iniziative-cedap/7_Palestini.pdf

3. **Documentazione della sperimentazione per la rilevazione della qualità percepita nel PDTA "Carcinoma della Mammella" (in 6 aziende)**
   - Raccolta ed elaborazione dei dati rilevati dalle Aziende aderenti; Report in fase di pubblicazione.

4. **Progettazione e promozione di indagini multi-metodo e strumenti di rilevazione dell'ascolto all'interno della Case della Salute (CdS)**
   - Costituzione e avvio del sottogruppo regionale “Esperienza degli utenti e dei professionisti delle Case della salute (Cds), nell’ambito del gruppo di lavoro "Sviluppo di un modello di valutazione dell'impatto delle case della salute". Consultare il sito dell’Agenzia Sociale e Sanitaria regionale, all’indirizzo:http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/utilizzo-dati-amministrativi-integrati/impatto-case-salute

LINEA PROGETTUALE 3
Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

TITOLO DEL PROGETTO:
Definizione di percorsi di accreditamento regionale della rete delle cure palliative e dei nodi che la compongono.

REFERENTE DEL PROGETTO:
Antonio Brambilla, Maria Rolfini
Servizio Assistenza Territoriale– Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Viale A.Moro, 21 Bologna - E-mail: assistenzaterritoriale@regione.emilia-romagna.it

RELAZIONE ILLUSTRATIVA SUI RISULTATI RAGGIUNTI
A seguito della Deliberazione di Giunta Regionale 560/2015 "Riorganizzazione della rete locale di cure palliative", è stato attivato un gruppo di lavoro regionale formato da professionisti operanti nella rete di cure palliative, con lo scopo di individuare i criteri di accreditamento e completare così il percorso di attuazione dell'Intesa Stato-Regioni (25/7/2012). Il documento elaborato dal gruppo tecnico è divenuto parte integrante della Deliberazione di Giunta Regionale 1770/2016 "Requisiti specifici per l'accreditamento della rete locale di cure palliative". Il provvedimento permette, per la prima volta, di individuare i requisiti che consentiranno di accreditare, non solo le strutture – o Nodi (che rappresentano i setting assistenziali - Nodo ospedale, Nodo Ambulatorio, Nodo Hospice, Nodo Domicilio di base e specialistico), ma anche l'intera rete e il percorso assistenziale.
Attraverso il coordinatore e il gruppo di coordinamento la rete è garante dell'equità dell'accesso alle cure palliative, dell'integrazione tra i nodi, della presa in carico di paziente e famiglia, e del percorso di continuità di cura, svolgendo la funzione di governo delle cure palliative.
L'operare della rete si è basato, infatti, su due principi cardine:

- il principio della condivisione e della non competizione;
- il principio dell'integrazione e della non sovrapposizione.

L'organizzazione a rete ha così una valenza funzionale in riferimento all'operare di diverse strutture ed equipe, che perseguono interessi comuni attraverso l'adozione di modalità operative che permettono di rispondere in modo unitario al bisogno del malato e della famiglia.
Sono definiti gli ambiti e gli elementi di funzionamento e di governo della rete individuandone le principali funzioni e i requisiti organizzativi che devono essere posseduti per il suo funzionamento e che ne definiscono anche il livello qualitativo atteso.
Vengono poi individuati i requisiti organizzativi (e laddove necessario anche tecnologici e strutturali) dei Nodi, mettendo in evidenza in particolare le fasi del processo clinico-assistenziale, il personale, le valutazioni della performance.
Inoltre, viene affrontato il tema della *clinical competence* e della formazione (che assume come riferimento i diversi accordi e decreti attuativi della L.38/10) sia per le competenze e responsabilità di rete, sia per ogni singolo Nodo.

LINEA PROGETTUALE 4
Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione

TITOLO DEL PROGETTO:
Piano nazionale della Prevenzione

REFERENTE DEL PROGETTO
Adriana Giannini
Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Viale A.Moro, 21 Bologna - E-mail: Segrsanpubblica@Regione.Emilia-Romagna.it

RELAZIONE ILLUSTRATIVA SUI RISULTATI RAGGIUNTI
La valutazione complessiva del PRP riferita agli "indicatori sentinella" è risultata corrispondente a quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni. Nel corso del 2016 tutti i 68 progetti inseriti nel PRP sono stati avviati a livello regionale e aziendale; di questi 57 presentano almeno un indicatore sentinella monitorabile nell'anno.
Per l'anno 2016 l'accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 prevede una valutazione di processo del Piano, "misurata attraverso il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici, attraverso lo scostamento tra valori osservati e valori standard degli indicatori sentinella". In particolare la certificazione si intende con esito positivo se almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella presenta uno scostamento tra valore osservato e valore standard non superiore al 20%.
Gli indicatori sentinella oggetto di valutazione erano 62: 57 di questi (pari al 92% del totale) hanno rispettato i parametri consentendo di ottenere la certificazione dal Ministero.

TITOLO DEL PROGETTO:
Sostegno al funzionamento del Network dell'Osservatorio Nazionale Screening e dell'Associazione Italiana Registri Tumori

REFERENTI DEL PROGETTO:
Adriana Giannini, Stefano Ferretti
Servizio Prevenzione collettiva e Sanità pubblica –Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Viale A.Moro, 21 Bologna – E-mail: SFerretti@Regione.Emilia-Romagna.it

RELAZIONE ILLUSTRATIVA SUI RISULTATI RAGGIUNTI

Network Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

Nel corso del 2016 sono state svolte le seguenti attività in relazione agli obiettivi previsti:

- Invio delle schede del flusso informativo ONS dei tre programmi di screening oncologici (maggio 2016: indicatori di estensione/adesione; settembre 2016; indicatori di processo dell'intero percorso);
- Raccolta ed elaborazione dei dati 2015 del percorso per la valutazione del rischio eredo-familiare di tumore della mammella e ovaio e produzione del report con i dati 2012-2015 del percorso;

- Organizzazione di tre eventi seminariali regionali, estesi al Network ONS, dedicati ai tre programmi di screening, con il coinvolgimento di operatori di tutti i programmi aziendali regionali e di operatori provenienti da altre realtà regionali. Screening mammografico 9 marzo 2016, screening cervicale 14 marzo 2016, screening colorettale 7 aprile 2016.
- Consensus conference del gennaio 2016, aperta a tutta la rete ONS, del corso sulla condivisione e discussione dei risultati nei controlli di qualità e concordanza cito-istopatologica, con la partecipazione di almeno 100 operatori (biologi, citotecnici, anatomopatologi) sul programma di screening cervicale.
- Pubblicazione online del report: "i programmi di screening oncologici Emilia-Romagna 2016"
- Il programma di screening cervicale con HPV-DNA test è stato esteso nel 2016 a tutto il territorio regionale, in particolare iniziando con la fascia di età 50-64 anni. A metà anno è stata effettuata una rilevazione ad hoc, da cui è emerso che il 36% della popolazione di 50-64 anni da invitare nell'anno (un terzo delle residenti in fascia di età), era già stata invitata ad HPV test.
- E' stato eseguito il primo controllo di qualità riferito al test HPV-DNA primario del programma di screening cervicale.

Maggiori informazioni sulle attività descritte sono reperibili sul sito regionale screening: http://salute.regione.emilia-romagna.it/screening/

Network Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

Nel corso del 2016 è proseguito il lavoro preparatorio per la costituzione di un registro regionale unico e sono stati conferiti alla Banca dati AIRTUM i dati di incidenza aggiornati dei Registri tumori regionali. E' regolarmente proseguita l'attività di registrazione ad alta definizione da parte dei tre Registri regionali specializzati (mammella, cervice uterina e colon-retto), rendicontata durante i tre seminari annuali di approfondimento sui programmi di screening regionali. E' stato inoltre pubblicato il report regionale 2016 relativo all'incidenza, sopravvivenza e prevalenza dei tumori in Emilia-Romagna.

E' stata organizzata a Reggio-Emilia la XX Riunione scientifica annuale dell'Associazione Italiana Registri tumori ed è stato organizzato un corso di formazione a distanza (tenutosi a Salerno) per gli operatori dei Registri tumori italiani.

LINEA PROGETTUALE 5
Gestione della cronicità

TITOLO DEL PROGETTO:
Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

REFERENTE DEL PROGETTO:
Brambilla Antonio, Cacciapuoti Imma, Di Mario Simona, Bragliani Michela, Donatini Andrea
Servizio Assistenza Territoriale – Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Viale A.Moro, 21 Bologna – E-mail: assistenzaterritoriale@regione.emilia-romagna.it

RELAZIONE ILLUSTRATIVA SUI RISULTATI RAGGIUNTI
Nell'ambito del rafforzamento della medicina d'iniziativa è stato implementato il progetto "Profilo di Rischio di fragilità" in 25 Case della Salute del territorio di riferimento di cinque Aziende Sanitarie (Parma, Modena, Reggio Emilia, Bologna e Romagna-area Forlì, Ravenna e Rimini).
Le fasi dell'implementazione sono consistite in:

- incontri di presentazione e discussione del Progetto regionale con le singole equipe delle Case della salute coinvolte;
- valutazione delle schede individuali con profilo di rischio "alto" e "molto alto" da parte delle equipe delle Case della Salute coinvolte, composte da medici di medicina generale, infermieri dell'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità, assistenti sociali e, a seconda del bisogno emergente, dallo specialista (es. diabetologo, psichiatra, cardiologo, pneumologo, etc.), con la collaborazione delle associazioni di volontariato;
- definizione e realizzazione degli interventi ritenuti maggiormente appropriati alla condizione di fragilità identificata (es. invitare l'assistito ad aderire ad un percorso assistenziale, attivare l'assistenza domiciliare, rivalutare la terapia farmacologica, educare la persona per migliorare la sua adesione alla terapia).

Per la parte pediatrica è stato avviato il progetto per la diagnosi precoce del diabete mellito di tipo 1 ed il lancio della campagna tramite il sito web regionale (http://salute.regione.emilia-romagna.it/campagne/201canche-i-bambini-possono-ammalarsi-di-diabete201d).

Risultati raggiunti

- Il progetto "Profilo di Rischio di fragilità" è stato sviluppato in 25 Case della Salute della Regione Emilia-Romagna.
- Il progetto "Profilo di Rischio di fragilità" ha coinvolto 221 medici di medicina generale, e numerosi infermieri, assistenti sociali, medici specialisti e Associazioni di volontariato.
- Nelle 25 Case della Salute sono stati valutati 6.759 assistiti a rischio "molto alto" e 9.094 assistiti a rischio "alto".
- Sono stati organizzati 2 eventi formativi/informativi in due Aziende Unità Sanitarie Locali (Bologna e Romagna - Distretto di Cesena e Valle del Savio) per la presentazione della campagna sulla diagnosi precoce del diabete mellito in età pediatrica, diffusione dei materiali e dei protocolli locali diagnostico-assistenziali bambini e ragazzi con diabete.

TITOLO DEL PROGETTO:
Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza

REFERENTE DEL PROGETTO:
Raffaele Fabrizio, Simonetta Puglioli
Servizio Assistenza Territoriale – Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare Viale A.

Moro, 21 Bologna E-mail: assistenzaterritoriale@regione.emilia-romagna.it

RELAZIONE ILLUSTRATIVA SUI RISULTATI RAGGIUNTI

Il progetto è stato rivolto all'area prioritaria d'intervento dell'Accordo stato-regioni: "*Garantire la continuità assistenziale della persona fragile o non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali"*.

Il progetto si colloca nell'ambito di una rete integrata di servizi, opportunità e interventi, per le persone anziane, fragili, non autosufficienti /o con disabilità, che garantisce, in ogni ambito distrettuale, una strategia di intervento basata su: pari opportunità di accesso; equità; fruibilità; flessibilità; diversi livelli di intervento; integrazione tra Comuni e Aziende Unità Sanitarie Locali e integrazione professionale; continuità assistenziale per una risposta globale e personalizzata ai bisogni della persona e della sua famiglia.

La rete distrettuale di servizi e interventi per le persone non autosufficienti contempla diverse opportunità di intervento che possono essere incluse, in accordo con le scelte delle persona e dei famigliari, nel programma individualizzato di vita e di cure: assistenza domiciliare socio-assistenziale, integrata laddove necessario con gli interventi e le prestazioni di carattere sanitario; accoglienza temporanea di sollievo; ricoveri temporanei per convalescenza e riabilitazione post-dimissione; servizi a sostegno del programma individualizzato di vita e di cura (trasporti individuali, pasti a domicilio, telesoccorso e teleassistenza); assegno di cura e contributo aggiuntivo assistenti famigliari; consulenze e contributi per l'adattamento dell'ambiente domestico; ecc.

I bisogni delle persone fragili/con multimorbosità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, possono trovare risposta anche presso gli Ospedali di Comunità.

Nell'anno 2016 è stato perseguito un miglioramento della presa in carico integrata della persona fragile e/o non autosufficiente dimessa dall'ospedale con necessità di accompagnamento e assistenza, valorizzando tutte le opportunità di intervento attive a livello territoriale e sopra illustrate.

Risultati raggiunti

- Nel 2016 sono state 61.656 le persone anziane dimesse dall'ospedale e prese in carico dai servizi territoriali socio-sanitari (assistenza domiciliare integrata, centri diurni, servizi per persone con gravissima disabilità acquisita, assegno di cura, assistenza residenziale, presa in carico servizi per la salute mentale e per malati terminali), pari al 26% del totale delle persone anziane dimesse.
- Nel 2016 sono state 10.492 le persone fragili o non autosufficienti dimesse dall'ospedale e incluse nel programma di dimissione protetta con contestuale presa in carico dell'Assistenza domiciliare integrata (primo accesso entro 3 gg. dalla data di dimissione ospedaliera), pari al 40% del totale delle prese in carico in assistenza domiciliare integrata entro 30gg. dalla dimissione ospedaliera. Rispetto all'anno 2015 si rileva una sostanziale stabilità.
- Nel 2016 sono state 5.541 le persone fragili o non autosufficienti dimesse dall'ospedale a cui è stata garantita la continuità assistenziale tramite inserimenti temporanei post-dimissione e/o di sollievo in strutture socio-sanitarie accreditate per anziani entro 30 gg. dalla dimissione ospedaliera. Rispetto all'anno 2015 si rileva un miglioramento (+18%).
- Nel 2016 sono stati 1.551 i pazienti anziani dimessi dall'ospedale e accolti negli Ospedali di Comunità, pari al 72 % del totale delle persone anziane accolte nell'anno presso gli Ospedali di Comunità. Rispetto all'anno 2015 si rileva un incremento (+10%).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2017/2208

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

OMISSIS

L'assessore Segretario

Bianchi Patrizio

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi

REGIONE LIGURIA

Genova, 21/12/2017

Prot. n. 398831

Allegati: 1

DIPARTIMENTO

SALUTE E SERVIZI SOCIALI

Settore Staff, Programmazione e Politiche del farmaco

2017/G14.2.1/4

Oggetto: Trasmissione dgr 1049 del 15/12/2017

Al Ministero della Salute
Direzione Generale
Programmazione sanitaria
Viale G. Ribotta, 5
00144 ROMA

dgprogr@postacert.sanita.it

In ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 (rep. Atti n. 181 del 26/10/2017) si trasmette la delibera di Giunta Regionale n. 1049 del 15 dicembre 2017 con la quale sono state approvate le progettualità di interesse della Regione Liguria per l'anno 2017.

Restando a disposizione per qualsivoglia necessità o chiarimento, si porgono i più cordiali saluti.

Il dirigente
(Dr. Giovanni Della Luna)

SCHEMA N..... NP/26671
DEL PROT. ANNO 2017

N. 1049
IN DATA 15/12/2017

REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Segreteria Generale
Staff affari Giunta - Settore

SEDUTA DELLA GIUNTA REGIONALE : N 3476 del 15/12/2017

OGGETTO : Accordo Stato Regioni n. 181 del 26 ottobre 2017. Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2017. Approvazione progettualità.

CERTIFICAZIONE DELLE RISULTANZE DELL'ESAME DELL'ATTO

Si ATTESTA che nel corso dell'odierna seduta della Giunta Regionale, PRESIDENTE Giovanni Toti , con la partecipazione dei seguenti Componenti, che si sono espressi in conformità di quanto a fianco di ciascuno indicato:

PRESENTI	ASSENTI	I COMPONENTI DELLA GIUNTA - SIGNORI		VOTI ESPRESSI		
				FAVOR.	ASTEN.	CONTR.
X		Giovanni Toti	- Presidente	X		
X		Sonia Viale	- Vice Presidente	X		
	X	Giovanni Berrino	- Assessore			
X		Ilaria Cavo	- Assessore	X		
X		Giacomo Raul Giampedrone	- Assessore	X		
X		Stefano Mai	- Assessore	X		
X		Edoardo Rixi	- Assessore	X		
X		Marco Scajola	- Assessore	X		
7	1			7		

RELATORE alla Giunta Sonia Viale e con l'assistenza, in sostituzione del Segretario Generale, del Dirigente Generale Dott.ssa Gabriella Laiolo e del Dott. Roberta Rossi, che ha svolto le funzioni di SEGRETARIO

LA GIUNTA REGIONALE

all'unanimità HA APPROVATO il provvedimento proposto secondo lo schema il cui testo integrale è riportato in originale da pag. 1 a pag. 4 della presente cartella, autenticato dal Segretario della Giunta Regionale.

Data - IL SEGRETARIO
15/12/2017 (Dott. Roberta Rossi)

Il presente ATTO viene contraddistinto col numero, a margine indicato, del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE - Parte I

RISULTANZE DELL'ESAME

AUTENTICAZIONE COPIE

SETTORE STAFF E AFFARI GIUNTA
P_____
IL FUNZIONARIO
(Dott.ssa Augusta Ginesi)

CODICE PRATICA :
obpiano

PAGINA : 1

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

ORIGINALE

SCHEMA N. .....NP/26671 DEL PROT. ANNO.....2017	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento salute e servizi sociali Staff, programmazione e politiche del farmaco - Settore

OGGETTO : Accordo Stato Regioni n. 181 del 26 ottobre 2017. Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2017. Approvazione progettualità.

DELIBERAZIONE	N.	1049 del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA	IN DATA 15/12/2017

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- l'art. 1, comma 34 della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 il quale prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario Nazionale, destinate alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e rilievo nazionale, indicati nel Piano Sanitario Nazionale da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti;

- il comma 34 bis del predetto art. 1, aggiunto dall'art. 33 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'art. 79, comma 1 quater del DL 25 giugno 2008 n. 112, aggiunto dalla relativa Legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133 il quale prevede che a decorrere dall'anno 2009 il CIPE, su proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate 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 comma 34, il Ministero dell'Economia e delle Finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento e' subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle Regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate 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;

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	Data - IL SEGRETARIO
6.12.2017 (Dott.ssa Cristina Grandi)	15 DIC. 2017

ATTO	AUTENTICAZIONE COPIE	CODICE PRATICA
PAGINA : 1	SETTORE STAFF E AFFARI GIUNTA P_____ L'ISTRUTTORE (Dott.ssa Augusta Gallo)	obpiano
	COD. ATTO : DELIBERAZIONE	

- l'Intesa tra Governo, Regioni e province autonome n. 82 del 10 luglio 2014 (Patto per la Salute) e, in particolare, l'art. 1, comma 5 che detta indicazioni in merito all'utilizzo della quota annua destinata al finanziamento degli Obiettivi di Piano sanitario Nazionale;

CONSIDERATO che il dettato del Patto per la Salute sopra citato, consente espressamente alle Regioni di *"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. (...) 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"*;

VISTA l'Intesa tra Governo, Regioni e province autonome n.182 del 26 ottobre 2017 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017, che assegna alla Regione Liguria un finanziamento pari a euro 35.902.729,00;

VISTO l'Accordo della Conferenza Stato Regioni n. 181 del 26 ottobre 2017, nel quale sono state individuate le linee progettuali per l'anno 2017, sostanzialmente in continuità con quelle 2016, di seguito elencate:

1. Attività di assistenza primaria;
2. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali;
3. Cure palliative e terapia del dolore: sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
4. Piano Nazionale di prevenzione e supporto al Piano Nazionale di prevenzione
5. Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza;
6. Reti oncologiche

PRESO ATTO che il predetto accordo dispone che le regioni, entro 60 giorni dalla stipula, sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali sopra elencate;

VISTA la legge regionale 29 luglio 2016, n. 17, "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.LI.SA.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio sanitaria", che al comma 1 all'articolo 3 testualmente dispone "L'Azienda, nell'ambito e nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 2, svolge funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale e le relative attività

connesse, tra cui le funzioni di gestione di attività tecnico-specialistiche anche di supporto alle Aziende sanitarie e agli altri enti del Servizio Sanitario Regionale." ; in particolare il comma 2 prosegue specificando che A.Li.Sa. svolge, in particolare, tra l'altro, la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale di competenza della Regione;

PRESO ATTO, in particolare, che l'Intesa sopracitata prevede vincoli sulle risorse relative ad alcune linee progettuali e, in particolare:

- euro 2.909.969,00 (Cure palliative e terapia del dolore)
- euro 6.983.925,00 (Piano Nazionale di Prevenzione e supporto al Piano nazionale di prevenzione, di cui 34.920,00 per i progetti di supporto al PNP Network);

PRESO ATTO che il Piano regionale di Prevenzione 2014/2018 è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 1702 del 22.12.2014;

PRESO ATTO che con nota prot.n. 16475 del 9 novembre 2017 Alisa ha proposto l'adesione alle seguenti linee progettuali:

- ✓ linea 3: Cure palliative e terapia del dolore: sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica;
- ✓ linea 4: Piano nazionale di prevenzione e supporto al Piano Nazionale di prevenzione
- ✓ linea 5: Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza;

elaborando successivamente le relative progettualità corredate dal prospetto di riparto finanziario tra le aziende sanitarie liguri di cui a nota prot.n. 18634 del 06/12/2017;

RITENUTO che i progetti allegati alla presente deliberazione quale parte integrante e necessaria (All. A) siano coerenti sia con le indicazioni contenute nell'Accordo Stato Regioni n. 182/2017 citato sia con le prescrizioni del Patto per la Salute e che, pertanto, possono essere approvati per l'invio al Ministero della Salute;

DATO ATTO che con la delibera di Giunta regionale n. 733 del 20 settembre 2017 sono state approvate le relazioni illustrative degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per le annualità 2014, 2015 e 2016, successivamente inviate al Ministero della Salute, al fine dell'erogazione del saldo del 30 per cento della quota spettante per ogni singola annualità, subordinata ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle Regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente;

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
6.12.2017
(Dott.ssa Cristina Grandi)

Data - IL SEGRETARIO

ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE
SETTORE STAFF E AFFARI GIUNTA
P_____
(Dott.ssa Augusta Cinesi)

CODICE PRATICA
obpiano

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N. NP/26671
DEL PROT. ANNO.....2017

REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale
Dipartimento salute e servizi sociali
Staff, programmazione e politiche del farmaco - Settore

su proposta del Vice Presidente con delega a Sanità, Politiche socio sanitarie e terzo settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione;

DELIBERA

1. di approvare i progetti allegati alla presente deliberazione, quale parte integrante e necessaria (All. A), dando atto che la progettualità, in coerenza con il dettato del Patto per la Salute 2014/2016, è finalizzata al miglioramento dell'erogazione dei LEA;

2. di dare atto che le relazioni illustrative degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per le annualità 2014, 2015 e 2016 sono state approvate con delibera di Giunta n. 733 del 20 settembre 2017 e successivamente inviate al Ministero della Salute;

3. di demandare ad Alisa l'adozione degli atti eventuali e attuativi del presente provvedimento;

4. di disporre l'invio delle progettualità di cui al punto 1 del presente provvedimento al Ministero della Salute.

FINE TESTO

Si attesta la regolarità amministrativa, tecnica e contabile del presente atto.

Data - IL DIRIGENTE
(Dott. Giovanni Della Luna)

Data - IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Quaglia)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
6.12.2017
(Dott.ssa Cristina Grandi)

Data - IL SEGRETARIO

ATTO	AUTENTICAZIONE COPIE	CODICE PRATICA
	SETTORE STAFF E AFFARI GIUNTA P_____ (Dott.ssa Augusta Ginesi)	obpiano
PAGINA : 4	COD. ATTO : DELIBERAZIONE	

SCHEMA N..... NP/26671
DEL PROT. ANNO 2017

N. 1049
IN DATA : 15/12/2017

REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale
Dipartimento salute e servizi sociali
Staff, programmazione e politiche del farmaco - Settore

OGGETTO : Accordo Stato Regioni n. 181 del 26 ottobre 2017. Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2017. Approvazione progettualità.

DOCUMENTI ALLEGATI COSTITUITI DAL NUMERO DI PAGINE A FIANCO DI CIASCUNO INDICATE

Da pag. 2 a pag 18 Allegato A Progetti obiettivi di piano sanitario nazionale anno 2017

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI PAGINE N. 18 compresa la presente

---------- FINE TESTO ----------

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dott.ssa Cristina Grandi) 6.12.2017

ALLEGATO ALL'ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE
SETTORE ATTI E AFFARI GIUNTA
P_____
(Dott.ssa Augusta Ginesi)

CODICE PRATICA :
obpiano

PAGINA : 1

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N. ..... NP/26671 DEL PROT. ANNO 2017	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento salute e servizi sociali Staff, programmazione e politiche del farmaco - Settore

Allegato A

PROGETTI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE ANNO 2017

Linea progettuale ai sensi dell'Accordo CSR 181 del 26 ottobre 2017	**Titolo progetto**	**Importo progetto**
Linea 3 CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA	Definizione di percorsi per la continuità e l'integrazione assistenziale del paziente (adulto e pediatrico) con bisogno di cure palliative e di un modello organizzativo per la Simultaneous Care del paziente oncologico con bisogni di cure palliative.	€ 6.000.000,00
Linea 4 PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE	Piano regionale di prevenzione e supporto al Piano regionale di prevenzione	€ 14.100.000,00
Linea 5 GESTIONE DELLE CRONICITÀ. MODELLI AVANZATI DI GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE. ASSISTENZA E RIABILITAZIONE ALLE PERSONE ALLE PERSONE DI FRAGILITÀ E DI NON AUTOSUFFICIENZA.	Nuovi modelli di gestione proattiva e di presa in carico globale del paziente con patologie cronico-degenerative.	€ 15.802.729,00
TOTALE		€ 35.902.729,00

SETTORE STAFF E AFFARI GIUNTA
P. ____
DIRIGENTE
(Dott.ssa Augusta Ginesi)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dott.ssa Cristina Grandi) 6.12.2017

Data - IL SEGRETARIO
15 DIC 2017

REGIONE LIGURIA

Genova, 1/6/2018

Prot. n. 159184

Allegati: 1

DIPARTIMENTO

SALUTE E SERVIZI SOCIALI

Settore Staff

2017/G14.2.1/4

Oggetto: Trasmissione dgr 347 del 17 maggio 2018

Al Ministero della Salute
Direzione Generale
Programmazione sanitaria
Viale G. Ribotta, 5
00144 ROMA

dgprogr@postacert.sanita.it

In ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 (rep. Atti n. 181 del 26/10/2017) e in integrazione alla nota prot.n. 398831 del 21 dicembre 2017, si trasmette la delibera di Giunta Regionale n. 347 del 17 maggio 2018 con la quale si è provveduto ad integrare la precedente delibera 1049/2017 con l'approvazione dello specifico sotto progetto della linea 4 dedicato alle attività dei Network Nazionali ONS; AIRTUM e NIEBP.

Restando a disposizione per qualsivoglia necessità o chiarimento, si porgono i più cordiali saluti.

Il dirigente
(Dr. Giovanni Della Luna)

SCHEMA N..... NP/10908 DEL PROT. ANNO ..... 2018 N. 347 IN DATA 17/05/2018	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Segreteria Generale Staff affari Giunta - Settore SEDUTA DELLA GIUNTA REGIONALE : N 3498 del 17/05/2018

OGGETTO : DGR 1049/2017. Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2017. Approvazione integrazione progettualità.

CERTIFICAZIONE DELLE RISULTANZE DELL'ESAME DELL'ATTO

Si ATTESTA che nel corso dell'odierna seduta della Giunta Regionale, PRESIDENTE Giovanni Toti , con la partecipazione dei seguenti Componenti, che si sono espressi in conformità di quanto a fianco di ciascuno indicato:

PRESENTI	ASSENTI	I COMPONENTI DELLA GIUNTA - SIGNORI		VOTI ESPRESSI		
				FAVOR.	ASTEN.	CONTR.
X		Giovanni Toti	- Presidente	X		
X		Sonia Viale	- Vice Presidente	X		
X		Andrea Benveduti	- Assessore	X		
	X	Giovanni Berrino	- Assessore			
X		Ilaria Cavo	- Assessore	X		
X		Giacomo Raul Giampedrone	- Assessore	X		
X		Stefano Mai	- Assessore	X		
	X	Marco Scajola	- Assessore			
6	2			6		

RELATORE alla Giunta Sonia Viale e con l'assistenza del Segretario Generale e del Dott. Roberta Rossi, che ha svolto le funzioni di SEGRETARIO

LA GIUNTA REGIONALE

all'unanimità HA APPROVATO il provvedimento proposto secondo lo schema il cui testo integrale è riportato in originale da pag. 1 a pag. 4 della presente cartella, autenticato dal Segretario della Giunta Regionale.

Data - IL SEGRETARIO
17/05/2018 (Dott. Roberta Rossi)

Il presente ATTO viene contraddistinto col numero, a margine indicato, del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE - Parte I

RISULTANZE DELL'ESAME	AUTENTICAZIONE COPIE	CODICE PRATICA :
	SETTORE [illegible] GIUNTA P____ C____ C____ L'ISTRUTTORE (Dott.ssa Augusta Ginesi)	network
PAGINA : 1		
	COD. ATTO : DELIBERAZIONE	

SCHEMA N. .....NP/10908 DEL PROT. ANNO.....2018	**REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale** Dipartimento salute e servizi sociali Staff del Dipartimento salute e servizi sociali - Settore

OGGETTO : DGR 1049/2017. Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2017. Approvazione integrazione progettualità.

DELIBERAZIONE	N.	347 del REGISTRO ATTI DELLA GIUNTA	IN DATA 17/05/2018

LA GIUNTA REGIONALE

VISTI:

- l'art. 1, comma 34 della Legge 23 dicembre 1996, n. 662 ss.mm.ii. il quale prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario Nazionale, destinate alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e rilievo nazionale, indicati nel Piano Sanitario Nazionale da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti;

- il comma 34 bis del predetto art. 1, il quale prevede che a decorrere dall'anno 2009 il CIPE, su proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate 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 comma 34, il Ministero dell'Economia e delle Finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle Regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente; le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la non 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;

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO (Dott.ssa Cristina Grandi) 11/5/2018	Data - IL SEGRETARIO 17 MAG. 2018

ATTO	AUTENTICAZIONE COPIE SETTORE STAFF E AFFARI GIUNTA P_____ C_____ C_____ L'ISTRUTTORE (Dott.ssa Augusta Ghesi)	CODICE PRATICA network
PAGINA : 1		
	COD. ATTO : DELIBERAZIONE	

- l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome n. 82 del 10 luglio 2014 (Patto per la Salute) e, in particolare, l'art. 1, comma 5 che detta indicazioni in merito all'utilizzo della quota annua destinata al finanziamento degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale;

PRESO ATTO che il dettato del Patto per la Salute sopra citato, consente espressamente alle Regioni di *"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. (...) 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"*;

VISTA l'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome n.182 del 26 ottobre 2017 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017, che assegna alla Regione Liguria un finanziamento pari a euro 35.902.729,00;

VISTO l'Accordo della Conferenza Stato Regioni n. 181 del 26 ottobre 2017, nel quale sono state individuate le linee progettuali per l'anno 2017, sostanzialmente in continuità con quelle 2016, e, in particolare, quanto disposto dallo stesso per la linea 4, "Piano Nazionale di Prevenzione e supporto al Piano Nazionale della Prevenzione", per le iniziative di collaborazione con l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) con l'Associazione Italiana di Registri Tumori (AIRTUM) e con il Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEPB), in base al quale le regioni dovranno adottare un progetto, cui è destinato il 5 per mille delle risorse vincolate assegnate al PNP per l'anno 2017 i cui obiettivi ed azioni specifiche da implementare saranno 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 dell'Accordo;

PRESO ATTO che il predetto accordo dispone che le regioni, entro 60 giorni dalla stipula, sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali sopra elencate;

VISTA la legge regionale 29 luglio 2016, n. 17, "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria (A.LI.SA.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e socio sanitaria", che al comma 1 all'articolo 3 testualmente dispone "L'Azienda, nell'ambito e nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 2, svolge funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e governance delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale e le relative attività connesse, tra cui le funzioni di gestione di attività tecnico-specialistiche anche di supporto alle Aziende

sanitarie e agli altri enti del Servizio Sanitario Regionale." ; in particolare il comma 2 prosegue specificando che A.Li.Sa. svolge, in particolare, tra l'altro, la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale di competenza della Regione;

PRESO ATTO, in particolare, che l'Intesa sopracitata prevede vincoli sulle risorse relative ad alcune linee progettuali e, in particolare:

- euro 2.909.969,00 (Cure palliative e terapia del dolore)
- euro 6.983.925,00 (Piano Nazionale di Prevenzione e supporto al Piano nazionale di prevenzione, di cui 34.920,00 per i progetti di supporto al PNP Network);

PRESO ATTO che il Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 1702 del 22.12.2014;

DATO ATTO che con la DGR n. 1049 del 15 dicembre 2017 sono state approvate le seguenti progettualità, corredate da prospetto di riparto finanziario, proposte da ALISA con nota prot.n. 18634 del 06/12/2017:

- ✓ linea 3: Cure palliative e terapia del dolore: sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica;
- ✓ linea 4: Piano nazionale di prevenzione e supporto al Piano Nazionale di prevenzione
- ✓ linea 5: Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza.

DATO ATTO che con dGR 1183 del 28 dicembre 2017 si provvede all'assegnazione alle Aziende ed Enti del SSR del fondo sanitario indistinto e del fondo per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2017;

PRESO ATTO che successivamente all'invio delle progettualità liguri al Ministero della Salute, avvenuto entro il termine stabilito dall'Accordo sopra citato, la Commissione Salute della Conferenza Regioni ha preso atto del progetto di base dal titolo "Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale di Prevenzione 2014-2018" elaborato e presentato dal coordinamento interregionale della Prevenzione;

PRESO ATTO che con nota n. 5888 del 27 marzo 2018 Alisa ha proposto l'adozione del sopracitato progetto "Attività dei Network Nazionali Osservatorio Nazionale Screening ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale di Prevenzione 2014-2018" ;

PRESO ATTO che presso il Policlinico S. Martino di Genova ha sede il Registro Tumori della Regione Liguria, riconosciuto AIRTUM, di fondamentale importanza per le attività previste dal Piano Regionale di Prevenzione 2014/2018 scheda 13 Ambiente/Salute di cui alla DGR 730/2015 e DGR 10/2016 ;

SCHEMA N. NP/10908
DEL PROT. ANNO.....2018

REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale
Dipartimento salute e servizi sociali
Staff del Dipartimento salute e servizi sociali - Settore

DATO ATTO che, in Regione Liguria, sono state già avviate attività di potenziamento degli strumenti necessari per il risk assessment, sinergiche con parti del sopracitato progetto "Attività dei Network Nazionali Osservatorio Nazionale Screening ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale di Prevenzione 2014-2018" ;

RITENUTO, pertanto, necessario provvedere all'approvazione della specifica progettualità di cui sopra, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, che implementa e specifica i contenuti del progetto della linea 4 intitolato "Piano regionale di prevenzione e supporto al Piano regionale di Prevenzione" approvato con la citata delibera n. 1049 del 15 dicembre 2017;

su proposta del Vice Presidente con delega a Sanità, Politiche socio sanitarie e terzo settore, Sicurezza, Immigrazione ed Emigrazione;

DELIBERA

Per le premesse che qui si intendono integralmente richiamate

1. di approvare il progetto allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante e necessaria, dal titolo "Attività dei Network Nazionali Osservatorio Nazionale Screening ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale di Prevenzione 2014-2018";

2. di dare atto che il progetto approvato al punto 1 implementa e specifica i contenuti del progetto della linea progettuale 4 intitolato "Piano regionale di prevenzione e supporto al Piano regionale di Prevenzione" approvato con propria delibera n. 1049 del 15 dicembre 2017;

3. di demandare ad Alisa, in collaborazione con il Settore Tutela della Salute negli Ambienti di Vita e di Lavoro del Dipartimento Salute e Servizi Sociali, l'attuazione degli obiettivi e delle azioni specifiche previste nel progetto in approvazione dando atto che gli oneri economici conseguenti trovano copertura nell'ambito delle risorse attribuite con delibera n. 1183 del 28 dicembre 2017;

4. di disporre l'invio delle progettualità di cui al punto 1 del presente provvedimento al Ministero della Salute.

FINE TESTO

Si attesta la regolarità amministrativa, tecnica e contabile del presente atto.

Data - IL DIRIGENTE
(Dott. Giovanni Della Luna)

Data - IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Quaglia)

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
14/5/2018
(Dott.ssa Cristina Grandi)

Data - IL SEGRETARIO
17 MAG 2018

ATTO

PAGINA : 4

AUTENTICAZIONE COPIE
SETTORE STAFF E AFFARI GIUNTA
P_____ C_____ C_____
L'ISTRUTTORE
(Dott.ssa Augusta Ginesi)

CODICE PRATICA
network

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

SCHEMA N. NP/10908
DEL PROT. ANNO 2018

N. 347
IN DATA : 17/05/2018

REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale
Dipartimento salute e servizi sociali
Staff del Dipartimento salute e servizi sociali - Settore

OGGETTO : DGR 1049/2017. Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2017. Approvazione integrazione progettualità.

DOCUMENTI ALLEGATI COSTITUITI DAL NUMERO DI PAGINE A FIANCO DI CIASCUNO INDICATE

PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI PAGINE N. 6 compresa la presente

FINE TESTO

Data - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
17/5/2018
(Dott.ssa Cristina Grandi)

ALLEGATO ALL'ATTO

AUTENTICAZIONE COPIE
SETTORE STAFF E AFFARI GIUNTA
P_____ C_____ C_____
L'ISTRUTTORE
(Dott.ssa Augusta Ginesi)

CODICE PRATICA :
network

PAGINA : 1

COD. ATTO : DELIBERAZIONE

RegioneLombardia

Regione Lombardia - Giunta
DIREZIONE GENERALE WELFARE
PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO
PIANI E PROGETTI

Piazza Città di Lombardia n.1
20124 Milano

Tel 02 6765.1

www.regione.lombardia.it
welfare@pec.regione.lombardia.it

Al

Ministero della Salute - Direzione Generale
della programmazione sanitaria
Email: dgprog@postacert.sanita.it

Dr.ssa Mariadonata Bellentani - Direttore
Ufficio II DGPROG
Email: md.bellentani@sanita.it

Oggetto : Trasmissione delibera Obiettivi prioritari di Piano 2017 (Regione Lombardia)

Facendo seguito all'Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 181/CSR del 26.10.2017, si trasmette con la presente la d.g.r. n° X/7541 del 18/12/2017 con la quale Regione Lombardia ha approvato le schede progetto per l'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dal Piano Sanitario Nazionale a valere sul FSN 2017 e le relazioni illustrative dei risultati raggiunti in relazione ai progetti dell'anno 2016.

L'occasione è gradita per inviare i nostri più cordiali saluti.

IL DIRIGENTE

MAURIZIO BERSANI

Referente per l'istruttoria della pratica: ENRICO RIZZO Tel. 02/6765.

RegioneLombardia
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 7541 Seduta del 18/12/2017

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO
GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

APPROVAZIONE DEI PROGETTI PER L'UTILIZZO DELLE QUOTE VINCOLATE DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE PER LA REALIZZAZIONE DI OBIETTIVI PRIORITARI E DI RILIEVO NAZIONALE PER L'ANNO 2017

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Aldo Bellini

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 58 pagine

di cui 53 pagine di allegati

parte integrante

VISTO l'articolo 1, comma 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, che prevede che il Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE), su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, 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 da parte di quest'ultime di specifici progetti;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2006–2008 (PSN), approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, che, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni del 23/03/2005 (Rep. Atti n. 2271/2005), 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);

VISTO il Patto per la Salute 2014-2016 approvato con Intesa Stato Regioni Rep. Atti n. 82/CSR del 10 luglio 2014;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni, Rep. Atti n. 181/CSR del 26.10.2017 avente ad oggetto "*Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017*";

RILEVATO che l'Intesa Stato-Regioni sopra citata:

- assegna, a Regione Lombardia, per il 2017, risorse complessive pari a € 228.717.329;
- stabilisce che il 70% delle risorse di cui al punto precedente venga erogato a seguito della stipula dell'Intesa;
- stabilisce, per l'erogazione della quota residua del 30%, che le Regioni presentino entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa stessa, specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati, unitamente alle relazioni illustrative dei risultati raggiunti dai progetti presentati nell'anno 2016;
- stabilisce, nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto precedente, di non procedere all'erogazione della quota residua

del 30% e di recuperare il 70% già erogato;

DATO ATTO che con l'Accordo si è convenuto tra le parti che per l'anno 2017 debba essere garantita una sostanziale continuità rispetto ai contenuti individuati per l'anno 2016, definendo le seguenti linee progettuali nell'ambito delle quali dovranno essere sviluppati i progetti:

- Attività di assistenza primaria;
- Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali;
- Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica;
- Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione;
- Gestione della cronicità: modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza e riabilitazione alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza;
- Reti oncologiche;

PRESO ATTO che l'Accordo prevede, per Regione Lombardia:

- l'obbligo di destinare risorse vincolate minime pari a € 18.537.874 per l'attuazione della linea progettuale "*Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica*";
- l'obbligo di destinare risorse vincolate minime pari a € 44.490.899 per l'attuazione della linea progettuale "Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione", di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP-Network;

DATO ATTO inoltre che:

- non devono essere presentati più progetti per la stessa linea progettuale;
- ogni progetto 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;

VISTE le schede di progetto sviluppate da Regione Lombardia a valere sulle linee progettuali dettagliate negli allegati da A1 a A6 al presente provvedimento e verificatene la conformità, la coerenza sia con le indicazioni di carattere generale che con gli indirizzi specifici ed i vincoli economici contenuti nelle singole linee progettuali di cui all'Accordo del 26.10.2017;

VISTA altresì, la relazione illustrativa dei risultati raggiunti in relazione ai progetti regionali riferiti all'anno 2016, approvati con d.g.r. n. X/5357 del 27.06.2016, contenuta negli allegati da B1 a B7 al presente provvedimento;

RITENUTO di approvare gli allegati da A1 a A6 e da B1 a B7 quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

RITENUTO di dare mandato al Direttore Generale della D.G. Welfare di trasmettere al Ministero della Salute il presente provvedimento, corredato dalle schede di progetto, onde consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate a Regione Lombardia con il sopra citato Accordo del 26.10.2017;

DATO ATTO che il finanziamento ministeriale complessivo, pari a € 228.717.329 sarà introitato nel bilancio regionale, ad avvenuta assegnazione da parte dello Stato, al capitolo di entrata 2.0101.01.7651;

RICHIAMATI:

- il "*Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014*" approvato con d.c.r. n. IX/88 del 17.11.2010 che individua le azioni prioritarie e gli obiettivi specifici del governo sanitario regionale;
- il "*Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura*" (PRS) approvato con d.c.r. n. X/78 del 9.7.2013 che riprende, nelle linee strategiche dell'azione di governo regionale, in campo sanitario, anche gli indirizzi che discendono dagli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale;

VAGLIATE ed assunte come proprie tali considerazioni;

A VOTI UNANIMI espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1) di approvare le schede di progetto per l'attuazione degli obiettivi definiti dal

Piano Sanitario Nazionale a valere sul FSN 2017 dettagliate negli allegati da A1 a A6 parti integranti del presente provvedimento, redatte in conformità all'Accordo Stato Regioni Rep. Atti n. 181/CSR del 26.10.2017 per l'ammontare complessivo di € 228.717.329;

2) di approvare le relazioni illustrative dei risultati raggiunti in relazione ai progetti riferiti all'anno 2016, approvati con d.g.r. n. X/5357 del 27.06.2016, contenute negli allegati da B1 a B7, parti integranti del presente provvedimento;

3) di dare mandato al Direttore Generale della DG. Welfare di trasmettere al Ministero della Salute il presente provvedimento corredato dalle schede di progetto onde consentire l'effettivo riconoscimento delle risorse assegnate a Regione Lombardia con l'Accordo del 26.10.2017;

4) di stabilire che il finanziamento ministeriale complessivo, pari a € 228.717.329 sarà introitato nel bilancio regionale, ad avvenuta assegnazione da parte dello Stato, al capitolo di entrata 2.0101.01.7651;

5) di attestare che si provvederà alla pubblicazione del presente atto ai sensi degli artt. 26 e 27 del D.Lgs. 33/2013.

IL SEGRETARIO

FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

ALLEGATO A1)

REGIONE LOMBARDIA

PROGETTI PRESENTATI IN RELAZIONE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE 2017

INDICE RIEPILOGATIVO DEI PROGETTI

TITOLO PROGETTO	LINEA PROGETTUALE 2017 DI RIFERIMENTO	IMPORTO
Riorganizzazione dei servizi territoriali delle cure primarie (MMG, PLS, Specialisti/Professionisti ambulatoriali convenzionati con il SSN) in attuazione della LR 23/2015	Attività di assistenza primaria	€ 30.000.000,00
Iniziative del sistema sanitario lombardo in materia di cure palliative e terapia del dolore	Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	€ 18.537.874,00
Programmazione regionale in coerenza e a supporto del Piano Nazionale Prevenzione	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	€ 44.490.899,00
Sviluppo e implementazione di modelli innovativi per la presa in carico di pazienti cronici	Gestione della cronicità. Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche. Assistenza e riabilitazione delle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	€ 85.688.556,00
Rete onco-ematologica lombarda: una rete al servizio del cittadino	Reti Oncologiche	€ 50.000.000,00
	TOTALE	**€ 228.717.329,00**