



*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:** 4.10/2002/134  
4.10/2002/135  
4.10/2022/136  
4.10/2022/137  
4.10/2022/138

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DAR 0021430 P-4.37.2.10

del 21/12/2022



43699021

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto

**ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it**

- Ufficio Legislativo

- Dipartimento della Ragioneria Generale  
dello Stato - Coordinamento delle  
attività dell'Ufficio del Ragioniere  
generale dello Stato

**rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it**

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e  
delle Province autonome

c/o CINSEDO

**conferenza@pec.regioni.it**

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna  
Coordinatore Commissione salute

**sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it**

All'Assessore della Regione Piemonte  
Coordinatore Vicario Commissione salute

**commissione.salute@cert.regione.piemonte.it**

All'Assessore della Regione Lombardia  
Vice-Coordinatore Commissione salute

**welfare@pec.regione.lombardia.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**



*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

**Oggetto:**

1. Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPRESS concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2022. (SALUTE – ECONOMIA E FINANZE) *Codice sito: 4.10/2002/134 - Servizio sanità, lavoro e politiche sociali*
2. Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, 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 2022. (SALUTE – ECONOMIA E FINANZE) *Codice sito: 4.10/2022/135 - Servizio sanità, lavoro e politiche sociali*
3. 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 CIPRESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2022. (SALUTE – ECONOMIA E FINANZE) *Codice sito: 4.10/2022/136 - Servizio sanità, lavoro e politiche sociali*
4. Accordo, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute concernente obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2022. (SALUTE – ECONOMIA E FINANZE) *Codice sito: 4.10/2022/137 - Servizio sanità, lavoro e politiche sociali*
5. Intesa ai sensi dell'articolo 5, comma 4, del decreto-legge del 23 settembre 2022 n. 144, convertito, con modificazioni, dalla legge del 17 novembre 2022 n. 175, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze recante la ripartizione di contributo, a valere sulle disponibilità del FSN 2022, per i maggiori costi legati all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche e agli effetti della pandemia. (SALUTE – ECONOMIA E FINANZE) *Codice sito: 4.10/2022/138 - Servizio sanità, lavoro e politiche sociali*

Il Ministero della salute, con nota pervenuta il 21 dicembre 2022, ha trasmesso i provvedimenti indicati in oggetto.

Detta documentazione sarà resa disponibile sul sito [www.statoregioni.it](http://www.statoregioni.it) con i codici sito: 4.10/2002/134, 4.10/2002/135, 4.10/2002/136, 4.10/2002/137, 4.10/2002/138.

Il Direttore dell'Ufficio  
Cons. Saverio Lo Russo

Accordo ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 *bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2022.

Rep. Atti n. \_\_\_\_/CSR

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

Nella odierna seduta del \_\_\_\_\_

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”;

VISTO l’Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l’anno 2021 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 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 153/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 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2021 ed è stato definito l’utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

VISTO l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento “Piano nazionale della cronicità” (Rep. Atti n. 160/CSR del 15/09/2016);

VISTO 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 Patto per la salute per gli anni 2019 – 2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019) (di seguito Patto della Salute) che alla Scheda 1 “Fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e fabbisogni regionali recita: *“Governo e Regioni si impegnano a semplificare la procedura di attribuzione degli obiettivi di piano con particolare riferimento alle modalità di rendicontazione basate su indicatori che dovranno valorizzarne i risultati; con riferimento agli aspetti finanziari si conviene di individuare soluzioni volte ad accelerare la messa a disposizione delle regioni delle risorse all'uopo destinate. Le modalità devono essere concordate e approvate con intesa Stato Regioni;*

VISTA la scheda 12 “Prevenzione” della suddetta Intesa concernente il Patto per la salute 2019-2021 che recita: *“Governo e Regioni convengono di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società e la tutela della, favorendo l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Convengono altresì, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" e in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030), sulla necessità di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute, di rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione); di orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (approccio life course), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili”;*

VISTO il decreto - legge 19 maggio 2020, n. 34, coordinato con modificazioni dalla legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77, recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

VISTO 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 di Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2020 - 2025" (Rep. Atti n. 27/CSR del 6 agosto 2020);

VISTO 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 di Bolzano concernente il posticipo delle fasi di pianificazione e adozione dei Piani regionali della prevenzione e di cui al Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020 -2025 (Rep. Atti n. 51/CSR del 5 maggio 2021);

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

VISTO l'Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38", del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR).

VISTO l'Accordo ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore", del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR).

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR).

VISTO il Decreto del Ministero della salute del 23 maggio 2022, n. 77 che reca "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";

VISTA la nota del Ministero della Salute del \_\_\_\_\_, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano con nota del 3 agosto, concernente la proposta di accordo sulle 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 2022, e nella quale il Ministero ha evidenziato che su tale proposta è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTO l'Intesa sancita in questa Conferenza in data \_\_\_\_\_, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e del decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-novies, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPRESS, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2022 (Rep. Atti n. \_\_\_\_);

CONSIDERATO che, nel corso della odierna seduta, le Regioni e le Province Autonome hanno espresso avviso favorevole sulla proposta del Ministero della Salute;

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

## **SANCISCE ACCORDO**

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

### **PREMESSO CHE:**

- il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008, approvato con il DPR 7 aprile 2006, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'Intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 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 2019-2021, nella scheda 8 "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale", ha sottolineato esplicitamente la necessità di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali;
- i provvedimenti adottati in merito alla pandemia COVID-19 hanno richiesto una tempestiva ed importante risposta del Servizio sanitario nazionale e l'adozione anche di misure straordinarie che hanno interessato tutto il territorio nazionale;

### **SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:**

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell'anno 2022 dovranno essere trasversali a più ambiti di assistenza che risultino prioritari per la sanità del nostro Paese e conformi ai programmi e agli indirizzi condivisi con l'Unione europea e con i principali organismi di sanità internazionale. Le linee progettuali indicano, in particolare, la necessità di investire nel campo della cronicità e della non autosufficienza, delle tecnologie in sanità e della discriminazione in ambito sanitario, oltre che per le tematiche vincolate relative al piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore;

2. per l'anno 2022 sono 5 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 costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:
  - linea progettuale “Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità - anche in relazione all'emergenza covid 19”;
  - linea progettuale “Promozione dell'equità in ambito sanitario”;
  - linea progettuale “Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica” - con vincolo di risorse pari a 100 milioni di euro;
  - linea progettuale “Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione” - con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP-Network;
  - linea progettuale “La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio” - anche in relazione all'emergenza covid 19.
  
3. a seguito della stipula dell'Intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2022, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del \_\_\_\_\_ (Rep. Atti n. \_\_\_\_), 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 2022;
  
4. entro 60 giorni dalla stipula del presente Accordo, le Regioni sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A del presente Accordo e rispettando i contenuti presenti nello stesso allegato. In particolare le Regioni sono tenute a:
  - a. presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network;
  - b. presentare un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando tutte le restanti risorse assegnate per gli obiettivi di Piano.Non devono essere presentati più progetti per la stessa linea progettuale. Qualora si intenda presentare un progetto che prosegua quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento;
  
5. Il progetto della Linea progettuale “Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network (NIEBP, AIRTUM, ONS)” dovrà essere articolato in due sezioni relative, rispettivamente, all'obiettivo prioritario PNP e all'obiettivo prioritario Supporto al PNP:
  - 1) Obiettivo prioritario PNP – questa sezione contiene il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione dei 10 Programmi Predefiniti (PP) del proprio Piano regionale

della Prevenzione 2020 – 2025 per l'anno di riferimento 2022, con i relativi indicatori, in coerenza con la rendicontazione dei PRP nella Piattaforma web “Piani regionali di Prevenzione”, strumento di accompagnamento esclusivo, sostanziale e formale, per i PRP.

2) Obiettivo prioritario Supporto al PNP - questa sezione contiene il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione quinquennale definita nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra Regione e ciascuno dei tre Network (NIEBP, AIRTUM, ONS) per il periodo di vigenza del PRP 2020 – 2025 e del relativo progetto ad esso allegato inclusivo di piano finanziario, di cui all'Accordo 4 agosto 2021.

6. i progetti delle restanti linee progettuali, escluso quindi il progetto di cui al punto 5, dovranno essere elaborati seguendo la scheda progetto di cui all'allegato C del presente Accordo, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

7. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2022, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente 2021, utilizzando la scheda allegato D parte integrante del presente Accordo;

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

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

Il Segretario

Il Presidente



**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 2022**

**1. Linea progettuale:**

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA' - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19**

Premessa

L'insorgenza di una malattia cronica comporta la certezza di non poter guarire definitivamente e la possibilità di sviluppare contemporaneamente altre patologie croniche. L'evidenza scientifica ha dimostrato che tali malattie si riscontrano tra i 30 e i 70 anni di età, che le conseguenze sulla qualità della vita dei malati e dei loro famigliari sono molto gravi e che rappresentano un consistente costo sociosanitario. Tuttavia queste malattie possono essere previste, in tutte le fasce di età, e, fondamentalmente, se ne può contenere la progressione agendo sui alcuni fattori di rischio: stili di vita, caratteristiche ambientali e contesto economico-sociale- culturale (Global Burden of Disease). Nell'indagine multiscopo Istat dell'anno 1993 "Aspetti della vita quotidiana" erano state rilevate 15 patologie croniche: diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica/enfisema/insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore (incluso linfoma o leucemia), ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi/artrite, osteoporosi e disturbi nervosi. Nell'anno 2021 sono state inserite, nell'ambito dei disturbi nervosi, anche ictus, parkinsonismo e alzheimer/demenza senile che concorrono alla produzione dell'indicatore di multicronicità e/o limitazioni gravi.

Le principali patologie croniche riscontrate negli anziani nell'anno 2021 sono state l'ipertensione e i problemi osteoarticolari (artrosi/artrite) che, da soli o in concomitanza con altre patologie croniche, hanno interessato un anziano su due, l'osteoporosi (30,5%), il diabete (20,8%) e alcune patologie a carico del sistema nervoso (15,9%). All'interno di quest'ultima categoria, l'alzheimer e la demenza senile sono presenti in un anziano su 10 (8,3%), mentre il parkinsonismo ha una percentuale più bassa pari al 2,9% (Istat: bes 2021 "Il benessere equo e sostenibile in Italia").

Al fine di prevenire e gestire la cronicità, lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, con l'Accordo del 15 settembre 2016, "Piano Nazionale della Cronicità", hanno individuato un "disegno strategico" volto alla prevenzione delle malattie croniche, e della multicronicità, e al miglioramento del percorso assistenziale della persona, al fine di ridurre l'impegno sanitario, sociale ed economico della malattia.

L'emergenza sanitaria da Sars Covid 19 ha reso più complesso l'approccio sanitario alle malattie croniche e multicroniche. Infatti il settimo rapporto prodotto congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), del 2 marzo 2022, ha rilevato che le concause più frequentemente di mortalità per Covid 19 segnalate sono le cardiopatie ipertensive,

riportate nel 22% dei decessi, il diabete mellito nel 17%, le cardiopatie ischemiche (12%) i tumori (10%) e le malattie croniche delle basse vie respiratorie (10%). La fibrillazione atriale, le malattie cerebrovascolari, le demenze e la malattia di Alzheimer, l'obesità e l'insufficienza renale sono state associate al 10% di concausa di decesso da Covid 19. Tutte le citate concause si sono manifestate con frequenza più elevata nelle classi di età pi anziane, quindi nei più fragili.

In riferimento alle malattie rare, sono stati ritenuti a rischio di infezione da SARS-CoV-2 i pazienti (bambini e adulti) con deficit immunitari, disabilità neuromotoria, patologie polmonari croniche, cardiopatie, malattie ematologiche e con patologie metaboliche ereditarie a rischio di scompenso acuto o portatori di dispositivi medici. Pertanto per molti di loro è necessaria un'assistenza continua in quanto particolarmente vulnerabili al rischio di contagio.

Tanto detto, le strategie di contrasto e di superamento dell'infezione da COVID 19, anche per l'anno 2022, saranno rivolte alla gestione della multicronicità e delle patologie rare.

### Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

Le principali attività da prevedere sono: una mappatura territoriale che rilevi la presenza di individui affetti da più patologie, l'attivazione di nodi sensibili della rete dei servizi a partire dalla Medicina Generale, l'individuazione di strumenti per la valutazione dei pazienti con multicronicità, con possibilità di fornire risposte mono o multiprofessionali, la valutazione delle diverse probabilità di presa in carico del paziente e la realizzazione di piani di assistenza individualizzati che tengano conto, in maniera flessibile, delle linee guida basate sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche.

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

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

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

## **2. Linea progettuale:**

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

#### *Premessa*

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

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

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

La monografia "Le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali nella salute in Italia: cenni metodologici ed evidenze recenti anche alla luce dell'epidemia Covid-19", quarto numero della collana Quaderni di Epidemiologia dell'INMP, ha rappresentato come la pandemia di Covid-19 abbia contribuito ad accentuare le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali nella salute nel nostro Paese. In particolare, nel contributo dell'ISTAT, viene evidenziato che nelle aree più colpite dalla pandemia (Nord-Ovest) durante le fasi più intense di diffusione del virus, tra marzo ed aprile e tra ottobre e dicembre 2020 si è verificato un aumento delle disuguaglianze di salute. Infatti, nel periodo in esame, il divario tra i tassi di mortalità tra la popolazione con livello di istruzione alto (più elevati) e basso (meno elevati) è risultato aumentato sensibilmente, specialmente tra le donne.

Nel rapporto annuale sulle statistiche sanitarie globali dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), pubblicato il 22 giugno 2022, viene analizzato l'impatto della pandemia sui sistemi sanitari, le cause dei decessi e i fattori di rischio per la salute, sulla base dei dati disponibili ad aprile 2022. In particolare nei Paesi a reddito alto e medio-alto predominano le segnalazioni di contagi da Covid-19 o e tra le persone economicamente svantaggiate, con più di 60 anni, vulnerabili e con patologie

preesistenti prevalgono i decessi. Al 25 aprile 2022 ha completato il primo ciclo di vaccinazione solo il 12% dei cittadini dei Paesi a basso reddito, contro il 51% e il 74% rilevati nei gruppi socioeconomici più agiati (rispettivamente nei Paesi a reddito medio-alto e in quelli ad alto reddito). Inoltre, le interruzioni nei servizi sanitari sono state più marcate nei Paesi meno sviluppati.

Tanto detto, per l'anno 2022, si ripropone la linea progettuale che promuove l'equità in ambito sanitario.

### Aree prioritarie di intervento

Al fine di favorire l'equità in ambito sanitario, le Regioni sono invitate a mettere in atto azioni che possano raggiungere i seguenti target:

- Ridurre le barriere per gli operatori sanitari:
  - garantire il rispetto dei diritti del lavoro, in particolare quelli relativi alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro e al contrasto delle discriminazioni e della violenza,
  - sostenere gli operatori sanitari nelle loro responsabilità legali ed etiche, anche per quanto riguarda la promozione dei diritti umani.
- Ridurre le barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie: le difficoltà relative agli aspetti organizzativi, alle barriere architettoniche, ecc.
- Potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario.
- Garantire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie.
- Migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili (persone che vivono in zone degradate o in ristrettezze economiche, i disoccupati o le persone in situazioni di lavoro nero, le persone senza fissa dimora, i disabili, le persone con malattie croniche o mentali, gli anziani con pensioni basse e le famiglie monoparentali).
- Favorire eventi formativi per il personale sanitario sui loro diritti, i ruoli e le responsabilità per promuovere l'equità in ambito sanitario.

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

### **3. Linea progettuale:**

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

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

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

### Premessa

La rete della terapia del dolore, prevista dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, è una rete clinica integrata che ha l’obiettivo di migliorare la qualità della vita di tutti i malati, adulti o in età pediatrica, affetti da dolore, di qualsiasi eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto familiare, sociale e lavorativo attivo. L’emanazione della Legge 38/2010 è stata, pertanto, innovativa per il nostro Paese, in quanto essa nel riconoscere il fondamentale diritto alla dignità della persona di non avere vincoli ostativi alla partecipazione attiva allo stato sociale ed economico, così come statuito agli articoli 3 e 4 della Costituzione, ha sancito che ogni cittadino, sia se si trova in ospedale sia se si trova in altro ambiente, ha pieno diritto a non provare “dolore” e a poter ricevere un accesso semplificato ai farmaci per la terapia del dolore, ovvero tale normativa ha riconosciuto in pieno l’unicità etica dell’essere umano. Conseguentemente, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, l’identificazione di una rete della terapia del dolore ha comportato una evoluzione dei sistemi di programmazione, organizzazione ed approccio al malato, ovvero la consapevolezza dell’esigenza di realizzare una governance integrata di sistema a livello nazionale.

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

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

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

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

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

Pertanto, i nodi della rete sono:

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

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

### Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

### Premessa

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

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

### Aree prioritarie di intervento

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

- Assicurare il controllo del dolore e le cure palliative pediatriche quale diritto alla salute per qualunque patologia, per tutte le fasce dell'età pediatrica ed in ogni luogo di cura, mediante la realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici, riabilitativi e di supporto.
- Disporre di almeno un centro specialistico di riferimento regionale o sovraregionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Tale centro rappresenta il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della rete regionale e si avvale del sistema informativo regionale.
- Avere la possibilità di fornire risposte residenziali (es. hospice pediatrico), alternative all'ospedale per acuti, dove, in caso di necessità diagnostica/terapeutica, il minore e la famiglia possano essere accolti per garantire la continuità di cura.

- Possedere strutture/servizi/competenze di terapia del dolore e cure palliative rivolte al paziente pediatrico. I due livelli di intervento, strettamente integrati tra loro, sono:
  - Gestione specialistica, eseguita dalle equipe/centro multispecialistico di riferimento.
  - Gestione generale, eseguita dal personale medico e infermieristico dei reparti di pediatria/strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta/MMG, adeguatamente preparati e supportati dal personale del centro di riferimento.
 I due livelli condividono, in particolare, le procedure clinico-diagnostiche e gli strumenti della telemedicina (teleconsulto, ecc.).
- Identificare il raccordo con i servizi socio-educativi al fine di permettere al minore un recupero/mantenimento delle relazioni sociali e scolastiche fondamentali per la qualità della vita e per la crescita.
- Garantire la risposta ai bisogni educativi e sociali essenziali del minore al fine di salvaguardare la qualità della sua vita e la possibilità di crescita, nonché dei bisogni spirituali.
- Organizzare una rete che integri i diversi ambiti assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, ecc.) al fine di garantire la continuità delle cure mediante: la reperibilità continuativa di un operatore sanitario, l'unicità di riferimento in caso di passaggio del regime assistenziale, la condivisione continua del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza del caso indipendentemente dalla sede di gestione.
- Disporre, nell'equipe dedicate al paziente pediatrico, di figure multiprofessionali con competenze diverse in grado di rispondere ai molteplici bisogni che il dolore e la malattia possono determinare.
- Programmare piani di formazione di base continua sul dolore e sulle cure palliative pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio, nonché di formazione specialistica sul caso, rivolta ai professionisti coinvolti nella presa in carico della qualità della vita del minore e della sua famiglia.
- Utilizzare strumenti utili al monitoraggio della qualità della vita del paziente e della sua famiglia.
- Garantire l'informazione continua alla famiglia sulla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.
- Supportare la famiglia sia a livello clinico e organizzativo che psicologico e spirituale. Inoltre deve essere garantito il supporto al lutto non solo ai genitori, ma anche agli eventuali fratelli, agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto.
- Predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella rete.
- Stabilire procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si potrebbero verificare, anche per eventuali segnalazioni al comitato etico aziendale di riferimento.
- Sviluppare programmi di informazione specifici e mirati sulla rete.
- Valutare, con regolarità, la qualità percepita dal minore (se possibile) e dei familiari sulle cure prestate.

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

Si evidenzia come la pandemia da COVID-19 ha impattando duramente anche sulla gestione dei reparti di Cure palliative, sugli hospice e sulle cure palliative domiciliari. Anche le attività svolte



nell'ambito della terapia del dolore hanno dimostrato, in questo particolare contesto storico che si sta vivendo, quanto sia importante accompagnare i malati in questi stati gravosi di sofferenza arrivati all'improvviso.

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

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

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

L'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni ed integrazioni. L'articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei Network regionali: Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori (ONS, NIEBP, AIRTUM).

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

Il rafforzamento operativo dei network va quindi inteso come fattore determinante del supporto al PNP, per le tematiche di rispettiva competenza.

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

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

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

A tal fine la Regione deve presentare il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione dei 10 Programmi Predefiniti del proprio PRP per l'anno di riferimento 2022, con i relativi indicatori, in coerenza con la rendicontazione dei PRP in PF

#### **Obiettivo prioritario: “Supporto al Piano nazionale della prevenzione”**

Per tale Obiettivo prioritario, sia dal punto di vista del livello centrale di governo sia da quello delle Regioni, gli elementi alla base di questa funzione di supporto sono:

- la riflessione sistematica sul modello di *governance* più appropriato, sulla base dell'assetto istituzionale conseguente alla riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione, per il conseguimento degli obiettivi di salute a favore della popolazione italiana;
- le indicazioni, ribadite dal PNP 2020-2025, a svolgere questa azione di supporto relativamente:
  - 
  - al fornire alle Regioni strumenti, metodologie, risorse (capaciy building) in materia di prevenzione e promozione della salute;
  - al promuovere la genesi, l'aggiornamento e l'utilizzo di evidenze di efficacia, sostenibilità, equità nei programmi ed interventi di prevenzione e promozione della salute;
  - alla definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati (mediante il sostegno ai Registri Tumori);
  - alla valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (per esempio nei programmi di screening) come strumento per la riprogrammazione.

In tale quadro è stata identificata la necessità di promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le Regioni e il Ministero. I network di centri regionali ormai consolidati come elementi essenziali della *governance* (secondo il modello, adottato dall'Italia, della *stewardship*) individuati dall' articolo 17 del Patto per la salute 2014-2016 sono:

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

Per tale Obiettivo prioritario deve essere riportata il resoconto di quanto realizzato, rispetto alla pianificazione quinquennale, per l'anno di riferimento 2022 nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra Regione e ciascuno dei tre Network per il periodo di vigenza del PRP 2020 – 2025 e del relativo progetto.

## **5. Linea progettuale:**

### **LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19**

#### Premessa

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

La Telemedicina è uno strumento che può essere utilizzato per implementare e rendere più efficiente la tradizionale attività sanitaria in quanto permette di collegare virtualmente setting assistenziali distanti tra loro. Inoltre, proprio perché questa tecnologia può essere utilizzata dal personale medico,

paramedico, amministrativo e tecnico dell'area sanitaria e dai pazienti e familiari, permette anche di superare le naturali barriere fisiche tra i fornitori della prestazione e riceventi. I principali servizi di telemedicina utili soprattutto alla medicina territoriale sono: il teleconsulto (indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente, applicazioni tipiche sono quelle di teleradiologia/telerefertazione, ad esempio in ambito radiologico o cardiologico), telesalute (servizi finalizzati al monitoraggio remoto dei pazienti, in particolar modo quelli cronici, nelle loro case per anticipare precoci peggioramenti dello stato di salute e aiutare a costruire le loro competenze di auto-cura) e teleassistenza (servizi che usano tecnologie a casa del cittadino per consentire una minimizzazione dei rischi associati a particolari patologie e fornire una tempestiva notifica di eventi avversi al personale sanitario preposto alla cura del paziente stesso). Inoltre, molteplici sono gli strumenti che possono essere utilizzati come per esempio le applicazioni (Apps) che aiutano le persone all'autogestione e all'auto-assistenza.

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

La pandemia da SARS - CoV- 2 ha evidenziato come sia importante, in ambito sanitario, monitorare, anche con forme di teleassistenza, i casi contagiati e i decessi, avere a disposizione metodologie e strumentazioni di laboratorio per la diagnosi precoce, per effettuare un appropriato monitoraggio dei malati. Inoltre, l'immediata disponibilità della teleassistenza, per i pazienti ricoverati a casa, in caso emergenza sanitaria globale, potrebbe facilitare non solo l'assistenza ai pazienti ma anche la riduzione dei contagi/contatti. Infine, la possibilità di utilizzare delle app per svolgere un controllo delle condizioni di salute, anche in autonomia, potrebbe essere utile nella routine e fondamentale in caso di possibile emergenza sanitaria.

In riferimento alle indicazioni nazionali, si richiamano:

- l'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"
- Inoltre l'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2021 (Rep. Atti n. 231/CSR) sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie".
- D.M. (Ministro della salute) 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», in attuazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia (PNRR).

Nell'ambito del PNRR, Missione 6 "salute, la Componente 1 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" mira al rafforzamento dei servizi e delle prestazioni erogate sul territorio grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali, come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali; al potenziamento dell'assistenza domiciliare; nonché allo sviluppo della telemedicina e a una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

La telemedicina rappresenta un elemento fondamentale per affrontare i principali temi che interessano il servizio sanitario nazionale: invecchiamento della popolazione e relativo cambiamento dei bisogni di salute con incremento delle malattie ad elevata prevalenza. La capacità di collegare la residenza del paziente con l'ambiente sanitario è importante fonte di benefici, in quanto i pazienti, le loro famiglie e gli operatori sanitari potranno interagire e migliorare la gestione dell'assistenza. Le persone otterranno, direttamente presso la propria abitazione, indicazioni precise e mirate sulla cura, contribuendo così al monitoraggio e controllo costante della loro salute nell'ottica della prossimità e della qualità.

Tanto detto, considerato le strategie nazionali volte alla digitalizzazione e all'utilizzo della telemedicina in sanità, anche per l'anno 2022 viene proposta la linea progettuale sulla tecnologia in sanità.

#### Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2022

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2022

**819.484.264** Importo da ripartire tra le regioni

## Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2022 (al 01.01.2021)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network
PIEMONTE	4.274.945	4.274.945	63.414.712		2.986.244	<b>66.400.956</b>	8.102.774	19.446.657	97.233
VAL D'AOSTA	124.089		-		-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.981.554	9.981.554	148.066.788		6.972.570	<b>155.039.358</b>	18.919.138	45.405.931	227.030
BOLZANO	534.912		-		-	-	-	-	-
TRENTO	542.166		-		-	-	-	-	-
VENETO	4.869.830	4.869.830	72.239.261		3.401.798	<b>75.641.059</b>	9.230.325	22.152.780	110.764
FRIULI	1.201.510		-		-	-	-	-	-
LIGURIA	1.518.495	1.518.495	22.525.418		1.060.738	<b>23.586.156</b>	2.878.171	6.907.610	34.538
EMILIA R.	4.438.937	4.438.937	65.847.377		3.100.800	<b>68.948.176</b>	8.413.606	20.192.654	100.963
TOSCANA	3.692.865	3.692.865	54.780.113		2.579.634	<b>57.359.748</b>	6.999.493	16.798.784	83.994
UMBRIA	865.452	865.452	12.838.151		604.558	<b>13.442.709</b>	1.640.386	3.936.927	19.685
MARCHE	1.498.236	1.498.236	22.224.895		1.046.586	<b>23.271.481</b>	2.839.772	6.815.452	34.077
LAZIO	5.730.399	5.730.399	85.004.978		4.002.945	<b>89.007.922</b>	10.861.456	26.067.494	130.337
ABRUZZO	1.281.012	1.281.012	19.002.585		894.845	<b>19.897.431</b>	2.428.043	5.827.303	29.137
MOLISE	294.294	294.294	4.365.569		205.578	<b>4.571.147</b>	557.808	1.338.739	6.694
CAMPANIA	5.624.260	5.624.260	83.430.507		3.928.802	<b>87.359.309</b>	10.660.279	25.584.670	127.923
PUGLIA	3.933.777	3.933.777	58.353.812		2.747.922	<b>61.101.734</b>	7.456.121	17.894.689	89.473
BASILICATA	545.130	545.130	8.086.481		380.798	<b>8.467.279</b>	1.033.245	2.479.788	12.399
CALABRIA	1.860.601	1.860.601	27.600.233		1.299.714	<b>28.899.947</b>	3.526.602	8.463.844	42.319
SICILIA (*)	4.833.705	4.833.705	71.703.382	35.213.531		<b>36.489.851</b>	4.452.782	10.686.678	53.433
SARDEGNA	1.590.044		-			-			
<b>TOTALE</b>	<b>59.236.213</b>	<b>55.243.492</b>	<b>819.484.264</b>		<b>35.213.531</b>	<b>819.484.264</b>	<b>100.000.000</b>	<b>240.000.000</b>	<b>1.200.000</b>

(\*) 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.

## SCHEMA PROGETTO

<b>SCHEMA PROGETTO</b>		
1	LINEA PROGETTUALE	
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	
	AREA DI INTERVENTO	

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

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

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

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

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

## CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

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

				per	anno
				successivo	

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

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

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



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

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

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

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


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

<b>SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO...</b> <i>Accordo e Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del ...</i>
--

1	<b>REGIONE</b>	
---	----------------	--

2	<b>LINEA PROGETTUALE</b>	
---	--------------------------	--

3	<b>TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO</b>	
---	---	--

4	<b>DURATA DEL PROGETTO</b>	Data inizio progetto	Data chiusura progetto	Data presentazione risultati

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

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

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

8	<b>CRITICITA' RILEVATE</b>	
---	----------------------------	--

### OBIETTIVO PRIORITARIO SUPPORTO AL PNP

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

L'Accordo (uno per ciascun Network) si riferisce all'intero periodo di vigenza del PRP (2021-2025) e contiene almeno i seguenti elementi

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

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

Il progetto si riferisce all'intero periodo di vigilanza del PRP (2021-2025) e contiene almeno i seguenti elementi

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