

Deliberazione della Giunta Regionale 22 giugno 2026, n. 17-2707

Recepimento Accordi Stato Regioni repertorio atti n. 269/CSR e n. 270/CSR del 29/12/2025, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse statali vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN) per l'anno 2025. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2025, pari ad euro 71.093.908,00. Approvazione della rendicontazione illust



Seduta N° 168

Adunanza 22 GIUGNO 2026

Il giorno 22 del mese di giugno duemilaventisei alle ore 10:20 si è svolta la seduta della Giunta regionale in via ordinaria, in modalità telematica, in deroga al Regolamento della Giunta regionale con l'intervento di Maurizio Raffaello Marrone Vicepresidente e degli Assessori Daniela Cameroni, Marco Gabusi, Marco Gallo, Matteo Marnati, Federico Riboldi, Gian Luca Vignale con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: il Presidente Alberto CIRIO, gli Assessori Paolo BONGIOANNI - Enrico BUSSALINO - Marina CHIARELLI - Andrea TRONZANO

DGR 17-2707/2026/XII

OGGETTO:

Recepimento Accordi Stato Regioni repertorio atti n. 269/CSR e n. 270/CSR del 29/12/2025, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse statali vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN) per l'anno 2025. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2025, pari ad euro 71.093.908,00. Approvazione della rendicontazione illustrativa degli obiettivi di PSN anno 2024. Rettifica per mero errore materiale e allineamento importi assegnati per gli obiettivi PSN 2020 della D.G.R. n. 13-401 del 21 novembre 2024.

A relazione di: Riboldi

Premesso che l'articolo 1 comma 34 bis della legge 23/12/1996, n. 662 e s.m.i. prevede l'elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al comma 34 sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e approvate tramite accordo dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione; Preso atto:

- dell'Intesa Rep. Atti n. 230/CSR del 28/11/2024, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23/12/1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2024;
- dell'Accordo Rep. Atti n. 231/CSR, del 28/11/2024, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge 23/12/1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo

nazionale per l'anno 2024;

- dell'Intesa Rep. Atti n. 269/CSR, del 29/12/2025, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis, della legge 23/12/1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2025 (allegato 1 alla presente deliberazione);

- dell'Accordo Rep. Atti n. 270/CSR, del 29/12/2025, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23/12/1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2025 (allegato 2 alla presente deliberazione);

- che i citati accordi per le annualità 2024-2025 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di Piano Sanitario Nazionale:

	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Linea progettuale: Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Altre Linee Progettuali di PSN	TOTALE
Importi in euro	A	B	C	D = A+B+C
Esercizio 2024	8.899.082	19.416.179	46.660.224	74.975.485
Esercizio 2025	9.711.491	19.422.982	41.959.435	71.093.908

Richiamati i seguenti atti di indirizzo e programmazione regionale:

- la D.G.R. n. 12-2524 del 11/12/2020 avente per oggetto "Recepimento dell'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, n. 127/CSR del 6 agosto 2020, concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025";

- la D.G.R. n. 16-4469 del 29 dicembre 2021 di Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione;

- la D.D. n. 262 del 07/04/2014 con cui sono stati approvati i criteri per l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013 di approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015;

- la D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 con cui è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25/07/2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5/06/2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle 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;

- la D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014 che individua i Centri Hub della Rete regionale di Terapia del Dolore quali centri autorizzati al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di neuro-stimolatori spinali e di pompe di infusione totalmente impiantabili, in un'ottica di concentrazione degli interventi ad alta complessità e di razionalizzazione della spesa;

- la D.G.R. n. 42-2743 del 29/12/2015 con cui è stata approvata la riorganizzazione della Rete

regionale di Terapia del Dolore, a parziale modifica della D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25/07/2012, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, n. 38, con l'individuazione di tre centri Hub sul territorio regionale e l'eliminazione della distinzione tra Centri Spoke di primo e di secondo livello;

- la D.G.R. n. 31-6377 del 28/12/2023 con cui è stato approvato il nuovo Regolamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) e dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA), nell'ambito della Rete Oncologica Piemonte e della Valle d'Aosta e della Rete interregionale di Oncologia ed Oncoematologia pediatrica;

- la D.G.R. n. 9-1051 del 28/04/2025 con cui sono state approvate le schede di progetto regionali del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2024, le cui risorse sono state assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con Determinazione Dirigenziale n. 19 del 15/01/2025 ad oggetto: "Riparto 2024 del Fondo Sanitario ed entrate Payback agli Enti del S.S.R".

- la D.G.R. 17 febbraio 2025, n. 26-801 avente ad oggetto "Approvazione della programmazione regionale per l'adozione dei programmi aziendali di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio sanitario regionale. Riparto delle risorse del fondo sanitario 2025-2027 e assegnazione degli obiettivi economico finanziari agli Enti del SSR" che ha ripartito, tra l'altro, i fondi per gli obiettivi di PSN 2025 stimandoli in euro 74.975.485,0;

Dato atto, come da istruttoria della Direzione regionale "Sanità", che:

- per l'adozione dei bilanci di previsione delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR) - annualità 2025, sono state assegnate le risorse indicate nella nota regionale prot. 28253 del 25/11/2024 della Direzione Sanità, successivamente rimodulate come da D.G.R. 17 febbraio 2025, n. 26-801;
- il 29 dicembre 2025, con Determinazione Dirigenziale n. 926 del 30/12/2025 della Direzione regionale "Sanità", nelle more della formale diramazione della Conferenza Stato-Regioni, sono stati anticipati i provvedimenti relativi al riparto del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) 2025 predisposti dal Ministero della salute a seguito dell'accordo politico raggiunto in sede di Conferenza delle Regioni e delle province autonome, tali provvedimenti assegnano alla Regione Piemonte la somma complessiva di euro 71.093.908,00 per obiettivi PSN anno 2025, con la D.D. n. 926/2025 di cui sopra si è proceduto ad accertare ed impegnare la somma di euro 71.093.908,00;
- l'Accordo Rep. Atti n. 270/CSR, del 29/12/2025, assegna alla Regione Piemonte la somma complessiva di euro 71.093.908,00 per obiettivi PSN, anno 2025 di cui:
 - euro 9.711.491 finalizzati alla Linea progettuale "Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica";
 - euro 19.422.982 finalizzati alla Linea progettuale "Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione" di cui 97.115,00 per i progetti di supporto al PNP network;
- con Determinazione Dirigenziale n. 233 del 20/04/2026 avente ad oggetto: "Riparto delle risorse 2025 agli Enti del SSR per l'adozione del bilancio d'esercizio 2025", a seguito dell'istruttoria condotta dalla Direzione *omissis* Sanità", si è proceduto a rimodulare le risorse della quota vincolata per progetti di PSN 2025 del fondo sanitario 2025;
- nel definire i Progetti Obiettivo di PSN 2024 e 2025 si è tenuto conto, tra l'altro, del rispetto dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:
 - a) Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.
 - b) Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione;
- le attività rendicontate per l'anno 2024 sono coerenti con gli atti regionali di indirizzo e programmazione come sopra richiamati;
- per l'anno 2025 la spesa del SSR concernente il supporto ai tre network (ONS AIRTUM NIEBP), pari complessivamente a euro 97.115,00 (quota parte della linea nazionale degli obiettivi da PSN vincolati pari a euro 19.422.982,00), è stata accantonata nel bilancio d'esercizio 2025 regionale della GSA.

Dato atto, inoltre, che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione regionale "Sanità", le linee

progettuali che sono state implementate per l'anno 2025 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato annualità 2025, possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2025	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità	41.689.435,00	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000,00	A14023B – Affari generali e giuridico legislativo
3 - Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	9.711.491,00	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione (incluso euro 97.115,00 per Attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM, NiEBP)	19.422.982,00	A1409D - Prevenzione e Veterinaria
TOTALE COMPLESSIVO PSN	71.093.908,00	

Dato atto altresì che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale "Sanità", le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2025 a valere su altre risorse regionali possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato	Fonte di finanziamento	Settori regionali competenti
5 - La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio - anche in relazione alla fase post pandemica	3.500.000,00	risorse messe a disposizione dal DL 34/2020 convertito in L. n. 77 del 17 luglio 2020	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari - A1416D Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti

5 - La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio - anche in relazione alla fase post pandemica	€ 38.888.919,00	PNRR DM 28/09/2023	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari - A1416D Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
5 - La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio - anche in relazione alla fase post pandemica	€ 6.812.639,29	PNRR DM 19/02/2025	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari - A1416D Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
6 - Realizzazione del numero europeo armonizzato per le cure non urgenti 116117	4.122.479,31	Fondo sanitario indistinto finalizzato	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari

Considerato che:

- i Settori regionali sopra indicati hanno predisposto il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2025, suddiviso nelle sei Linee Progettuali di cui sopra, di cui all'allegato 3) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- a chiusura della rendicontazione 2024 i Settori regionali competenti hanno prodotto la specifica relazione di cui all'allegato 4) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, ai sensi dei sopracitati accordi, che illustra per l'anno 2024 i risultati raggiunti, per singolo progetto, e gli stati di avanzamento in coerenza ai provvedimenti regionali di riferimento approvati nell'ambito delle risorse assegnate per l'annualità 2024 sulla base della D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070, come indicato da nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023 della Direzione Sanità, e successivamente definitivamente assegnate con Determinazione Dirigenziale n. 19 del 15/01/2025;

Ritenuto:

- di recepire l'Intesa repertorio atti n. 269/CSR, del 29/12/2025, allegato 1 alla presente deliberazione;
- di recepire l'Accordo repertorio atti n. 270/CSR, del 29/12/2025, allegato 2 alla presente deliberazione;
- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2025, allegato 3 alla presente deliberazione;
- di approvare la rendicontazione illustrativa degli obiettivi di PSN anno 2024, allegato 4 alla presente deliberazione.

Rilevato che:

la D.G.R n. 13-401 del 21 novembre 2024 ad oggetto: "Presenza d'atto e recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 264/CSR e n. 265/CSR del 09/11/2023, relativi all'assegnazione alle Regioni

delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2023. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2023 assegnate con D.G.R. n. 9-7070 del 20/06/2023 e s.m.i. e presa d'atto della rendicontazione illustrativa degli obiettivi di PSN anno 2022. Rettifica per mero errore materiale e allineamento importi assegnati per gli obiettivi PSN 2019-2022 con le D.G.R. n. 8- 1783/2020, n. 08-3583/2021, n. 21-4784/2022, n. 6-8134/2024”, per mero errore materiale, come da verifiche della Direzione regionale “Sanità”, ha riportato negli importi di cui alla pagina 6 e al punto 6) del dispositivo della citata D.G.R. 13-401 del 21 novembre 2024, con riferimento alla D.G.R. n. 08-3583 del 23 luglio 2021, alcuni disallineamenti come di seguito riportato:

LINEA PROGETTUALE “Obiettivi PSN 2020”	Titolo del progetto per esteso	DGR 401/2024	Importo aggiornato con il presente provvediment o
Line a 1) A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA'	sviluppo di modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	54.955.804,00 54.950.804,00
Line a 3) A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.051.091,50 4.053.591,50
Line a 3) B	CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA CLINICA	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.051.091,50 4.053.591,50

Si rende pertanto necessario rettificare, come da verifiche della Direzione regionale “Sanità”:
- la D.G.R. 13-401 del 21 novembre 2024 alla pagina 6 delle premesse e al punto 6) del dispositivo della con riferimento alla D.G.R. n. 08-3583 del 23 luglio 2021, come segue:

LINEA PROGETTUALE “Obiettivi PSN 2020”	Titolo del progetto per esteso	Importo indicato in DGR 3583/2021	Importo aggiornato con il presente provvedimento	Differen za
Line a 1) A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA'	sviluppo di modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	54.950.801,00 54.950.804,00	3,00

Line a 3) A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.053.592,00	4.053.591,50	-0,50
Line a 3) B	SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA CLINICA	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.053.592,00	4.053.591,50	-0,50

- nonché, per effetto della suddetta modifica, la D.G.R. 13-401 del 21 novembre 2024 alla pagina 7 delle premesse e al successivo punto 7) del dispositivo, relativamente alla colonna “Importo assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2020”, come da rendicontazione approvata con gli specifici provvedimenti di Giunta regionale (D.G.R. n. 08-3583/2021, D.G.R- 13-401/2024 e presente provvedimento), come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2020
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti multicronicità	54.950.804,00
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000,00
3 – Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	8.107.183,00
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.457.240,00
5 - Tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale – territorio	0,00
	82.785.227,00

Visti:

Titolo II del D.Lgs n. 118/2011 avente per oggetto "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" con particolare riferimento agli art. 29 e 30;

l'articolo 1, comma 34, della legge 23/12/1996, n. 662, il quale, tra l'altro, 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.

Attestato che, ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024, il presente provvedimento non comporta ulteriori effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

La Giunta Regionale, unanime,

delibera

1) di recepire l'Intesa repertorio atti n. 269/CSR, del 29/12/2025, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2025, allegato 1) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;

2) di recepire l'Accordo repertorio atti n. 270/CSR, del 29/12/2025, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2025, allegato 2) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;

3) di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2025 illustrato nell'allegato 3) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale coerente con quanto assegnato, realizzato o accantonato dagli enti del Servizio Sanitario Regionale nell'esercizio 2025 in attuazione della D.G.R. n. 26-801 del 17/02/2025 di riparto del fondo sanitario nazionale - Obiettivi di PSN, successivamente rimodulata con la D.D. n. 926 del 30/12/2025 e la D.D. 233 del 20/04/2026;

4) che gli enti del Servizio Sanitario Regionale, destinatari della quota di fondo vincolato come declinato nell'allegato 3), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, in attuazione alle indicazioni regionali, hanno contabilizzato le risorse, sostenute o accantonate la spesa relativa alle linee progettuali di Piano Sanitario Nazionale 2025 nel bilancio 2025;

5) di approvare la relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno 2024, nonché gli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, contenuta nell'allegato 4) al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, in coerenza con le schede progettuali approvate con D.G.R. n. 9-1051 del 28/04/2025 - di assegnazione delle relative risorse

6) di rettificare, con riferimento agli obiettivi PSN 2020, *omissis* la D.G.R. 13-401 del 21 novembre 2024 nelle premesse e al punto 6) del dispositivo, come di seguito riportato:

LINEA PROGETTUALE "Obiettivi PSN 2020"	Titolo del progetto per esteso	Importo indicato in D.G.R. 3583	in 08- del	Importo aggiornato con il presente provvedimento	Differenza

			23/07/2021		
Linea 1) A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA'	sviluppo di modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	54.950.801,00	54.950.804,00	3,00
Linea 3) A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA CLINICA	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.053.592,00	4.053.591,50	-0,50
Linea 3) B		sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.053.592,00	4.053.591,50	-0,50

7) di rettificare la D.G.R. 13-401 del 21 novembre 2024, nelle premesse e al punto 7) del dispositivo, come di seguito riportato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2020
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti multicronicità	54.950.804,00
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000,00
3 – Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	8.107.183,00
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.457.240,00
5 - Tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale – territorio	0,00
	82.785.227,00

8) che il presente provvedimento non comporta ulteriori effetti contabili diretti nè effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, come attestato in premessa.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'art. 5 della legge regionale n. 22/2010.

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DGR-2707-2026-All_1-All1_25.12.29_269_CSR_(Intesa_2025_Ob_PSN).pdf
2. DGR-2707-2026-All_2-All2_25.12.29_270_CSR_(Accordo_2025_Ob_PSN).pdf
3. DGR-2707-2026-All_3-All3_Ob_PSN25.pdf
DGR-2707-2026-All_4-All4_Rend._2024.pdf
- 4.



Allegato

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione per il CIPESS, relativa alla ripartizione alle regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2025.

Rep. atti n. 269/CSR del 29 dicembre 2025.

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

Nella seduta straordinaria del 29 dicembre 2025:

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

VISTO, inoltre, il comma 34-bis dell'articolo 1 della legge n. 662 del 1996, il quale indica le modalità per l'assegnazione delle risorse alle regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, prevedendo in particolare che, all'atto dell'adozione della delibera CIPESS di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente, il Comitato medesimo, su proposta del Ministro della salute e d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate in questione;

VISTA la nota prot. n. 35855 del 29 dicembre 2025, acquisita, in pari data, al prot. DAR n. 22580 e trasmessa, nella medesima data, con nota prot. DAR n. 22586, alle amministrazioni statali interessate, alle regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale l'Ufficio di gabinetto del Ministro della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione per il CIPESS, con la relativa tabella, concernente la ripartizione tra le regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2025;

VISTI gli esiti della seduta straordinaria del 29 dicembre 2025 di questa Conferenza, nel corso della quale le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'intesa sulla proposta in titolo;

ACQUISITO l'assenso del Governo;

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione per il CIPESS, relativa alla ripartizione alle regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2025 che, allegata al presente atto (allegato 1), unitamente alla relativa tabella (allegato 2), ne costituisce parte integrante.

Il Segretario
Carlo Ferocino

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI,
DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
E DELL'EDILIZIA SANITARIA
UFFICIO 4**

Proposta di deliberazione per il CIPESS

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2025: 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 dall'articolo 79, comma 1-*quater*, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, con decorrenza dall'anno 2009, e dall'articolo 3-*bis*, comma 1, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, detta la metodologia per l'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 n. 662 del 1996, la norma modificata prevede che all'atto dell'adozione della delibera di ripartizione da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS) 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 2025, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporre sulla scorta delle linee guida individuate con apposito Accordo sancito 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 acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta di ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, in applicazione dell'articolo 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dall'articolo 3-*bis*, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64. In sede di stipula dell'Accordo da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 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 2025 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.518,20 milioni di euro**, determinati partendo dalle disponibilità stabilmente riservate negli anni precedenti pari a 1.500,00 milioni di euro, incrementate dell'importo di 240 milioni di euro ai sensi dell'articolo 1, comma 246, della legge n. 213 del 2023, ridotte dell'importo di 160,30 milioni di euro ai sensi dell'articolo 7, comma 6, del decreto-legge n. 73 del 2024, convertito con legge n. 107 del 2024, e ridotte ulteriormente dell'importo di 61,50 milioni di euro in relazione a quanto previsto dall'articolo 1, comma 277, della legge n. 207 del 2024 per rendere disponibile tale importo sulla quota indistinta.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **878,472 milioni di euro**, a valere sui complessivi predetti 1.518,20 milioni 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Della residua somma di 639,728 milioni di euro, sono destinati:

- **336,000 milioni di euro** al finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'articolo 1, comma 401-bis, della legge 11 dicembre 2016 n. 232;
- **2,472 milioni di euro** al rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni ospedaliere erogate in favore dei minori STP nell'anno 2024;
- **0,356 milioni di euro** al rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni di assistenza specialistica, di pronto soccorso, per il File F, erogate in favore dei minori STP nell'anno 2024.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la rimanente somma di **300,900 milioni di euro** per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) **10 milioni di euro**, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, per le attività di ricerca, formazione, prevenzione e cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinate dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
- b) **1 milione di euro**, ai sensi dell'articolo 1, comma 362, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, al fine di potenziare l'attività di prevenzione e assistenza sanitaria e sociosanitaria in favore dei soggetti che versano in condizioni di vulnerabilità sociale ed economica, e in particolare per le iniziative dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP) destinate alla promozione delle conoscenze e delle competenze del personale sanitario e sociosanitario del SSN nonché dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sulle tematiche preventive e assistenziali relative alla salute dei migranti e dei rifugiati in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità;
- c) **10 milioni di euro** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità (ISS) ai processi decisionali ed operativi delle regioni nel campo della salute umana; in relazione a tale attività è previsto il parere da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, 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;
- d) **5 milioni di euro** da destinarsi all'Istituto superiore di sanità (ISS) 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 8 marzo 2017 n. 24 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le

regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano su proposta del Ministero della salute;

- e) **1,500 milioni di euro** in favore del Centro Nazionale Sangue, ai sensi dell'articolo 1, comma 439, della legge 27 dicembre 2017, n. 205;
- f) **42 milioni di euro** ai sensi all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172, come successivamente modificato e come modificato, da ultimo, dall'articolo 5, comma 2-*bis* e 2-*ter*, del decreto-legge 30 giugno 2025, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 agosto 2025, n. 118, da ripartire con apposito decreto del Ministro della salute;
- g) **8 milioni di euro** destinati al finanziamento in favore delle Università statali, a titolo di concorso alla copertura degli oneri connessi all'uso dei beni destinati alle attività assistenziali di cui all'articolo 8, comma 4, del citato decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, secondo le condizioni dettate dall'articolo 25, commi 4-*novies* e 4-*decies*, del decreto-legge n. 162 del 2019 convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, come da ultimo modificato con l'articolo 4, comma 8-*octies*, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, e per come stabilito con il Decreto ministeriale 19 aprile 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 13 giugno 2023, Serie Generale n. 136;
- h) **4 milioni di euro** destinati dall'articolo 1, comma 552, della legge 30 dicembre 2018 n. 145 alla copertura di quanto disposto dal comma 551 della stessa legge in ordine all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con un fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'IVA inferiore a euro 150.000;
- i) **25,300 milioni di euro**, ai sensi dell'articolo 1, comma 406-*bis* e 406-*ter*, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, per la sperimentazione della remunerazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, per l'annualità 2025;
- j) **2,600 milioni di euro** allo scopo di prorogare il pieno funzionamento della residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) provvisoria di Genova-Pra' e, contestualmente, consentire l'avvio della REMS di Calice al Cornoviglio (La Spezia) ai sensi dell'articolo 32, comma 2, del decreto-legge 1° marzo 2022, n. 17, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 aprile 2022, n. 34, e in considerazione di quanto riportato nella nota n. 221440 del 22 maggio 2024 del Ministero della Giustizia (DAP) che evidenzia la necessità di prorogare il funzionamento della struttura;
- k) **65 milioni di euro** per finanziare le attività delle regioni per l'accesso universale dei neonati all'immunizzazione passiva contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), ai sensi dell'intesa del , Rep. Atti n. /CSR;
- l) **40 milioni di euro** destinati all'attuazione delle misure e degli interventi previsti nel Piano di contrasto all'antimicrobico-resistenza 2022-2025 ai sensi dell'articolo 1, comma 529, della legge n. 197 del °2022;
- m) **7 milioni di euro** destinati al Ministero della salute in attuazione di quanto disposto dall'articolo 19, commi 9, 10 e 11, della legge 5 agosto 2022, n. 118, per sviluppare specifici programmi finalizzati al raggiungimento dell'autosufficienza nella produzione di medicinali emoderivati prodotti da plasma nazionale ed al fine di promuovere la donazione volontaria e gratuita di sangue e di emocomponenti;
- n) **4,500 milioni di euro** destinati alla Regione Veneto per il finanziamento delle attività che rientrano nella programmazione del triennio 2026-2028 del Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS) e già avviate nell'anno 2025;
- o) **70 milioni di euro** destinati all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù per la remunerazione delle funzioni assistenziali e delle attività dallo stesso erogate e rendicontate nell'anno precedente (2024), ai sensi dell'articolo 2, del decreto-

legge 1° agosto 2025, n. 110, convertito con legge 24 settembre 2025, n. 133, come modificato dalla legge di bilancio 2026, e nelle more della emanazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze; qualora l'importo individuato dal citato decreto ministeriale dovesse risultare inferiore rispetto al limite massimo previsto e oggetto del presente accantonamento, la differenza sarà riattribuita alle regioni beneficiarie del finanziamento dei progetti obiettivo sulla base della popolazione residente al 01.01.2024;

- p) **5 milioni di euro** in favore di strutture, anche private accreditate, riconosciute quali IRCCS a rilievo nazionale per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità in ambito dermatologico, per il conseguimento di specifici obiettivi connessi all'attività di ricerca, assistenza e cura relativi al miglioramento dei LEA, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 30 giugno 2025, n. 95, convertito con modificazioni, dalla legge 8 agosto 2025, n. 118.

Si allega alla presente proposta la tabella che espone il riparto, per ciascuna regione, dell'importo di **878,472 milioni 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 sono 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 operate le riduzioni previste dalla legislazione vigente.

Il Ministro della Salute

Ministero della Salute

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

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

1.518.200.000	Importo iniziale
-25.300.000	per sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie (L. 205/2017, art. 1, c. 406 bis e 406 ter) - proroga per il 2025
-1.500.000	in favore del Centro Nazionale Sangue (L. 205/2017, art. 1, c. 439)
-10.000.000	malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (INMP) (D.L. 98/2011 art. 17, c. 9)
-1.000.000	all'INMP per promozione delle competenze del personale del SSN, dei MMG e PLS, sull'assistenza ai migranti (L. 213/2023, art. 1, c. 362)
-10.000.000	supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità
-5.000.000	progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida
-2.472.608	finanziamento prestazioni ricovero dell'OPBG 2024 a favore dei minori STP
-355.792	finanziamenti altre prestazioni (ambulatoriali, file F, Pronto Soccorso) dell'OPBG nel 2024 a favore dei minori STP
-70.000.000	funzioni OPBG (D.L. 110/2025, art. 2, per come sarà modificato all'atto della pubblicazione della Legge di Bilancio 2026)
-336.000.000	fondo farmaci innovativi (art. 1, c. 401-bis, L. 232/2016)
-42.000.000	finanziamento di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172 e DL 95/2025, art. 5, comma 2-bis
-5.000.000	quota per ricerca, cura ed assistenza per IRCCS dermatologici (art. 5, c. 1, D.L. 95/2025)
-8.000.000	finanziamento in favore delle Università statali a titolo di concorso alla copertura degli oneri connessi all'uso dei beni destinati alle attività assistenziali secondo le condizioni dettate dall'art. 25, comma 4-novies, del D.L. 162/2019
-4.000.000	riduzione percentuale di sconto farmacie (art. 1 co 551 e 552, L. 145/2018)
-2.600.000	Proroga funzionamento REMS provvisoria Genova Prà e avvio REMS di Calice al Cornoviglio (SP) - D.L. n. 17/2022 art. 32 c. 2
-65.000.000	finanziamento per proflassi immunitaria per la gestione del Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) - Intesa in CSR n. del
-7.000.000	Progetto per produzione medicinali emoderivati in favore del Ministero della salute (art. 19 della legge 118/2022)
-40.000.000	PNCAR 2022-2025 (Art. 1, comma 529, Legge n. 197/2022)
-4.500.000	Rinnovo ProMIS 2026-2028 per Regione Veneto
878.471.600	Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2024	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	4.251.623	4.251.623	67.907.101		3.186.807	71.093.908	49.765.735	21.328.172
VAL D'AOSTA	122.877		-		-	-	-	-
LOMBARDIA	10.012.054	10.012.054	159.912.946		7.504.542	167.417.488	117.192.241	50.225.246
BOLZANO	537.533		-		-	-	-	-
TRENTO	545.169		-		-	-	-	-
VENETO	4.852.216	4.852.216	77.499.797		3.636.982	81.136.779	56.795.745	24.341.034
FRIULI	1.194.616		-		-	-	-	-
LIGURIA	1.509.140	1.509.140	24.104.047		1.131.177	25.235.224	17.664.657	7.570.567
EMILIA R.	4.451.938	4.451.938	71.106.540		3.336.953	74.443.493	52.110.445	22.333.048
TOSCANA	3.660.530	3.660.530	58.466.139		2.743.753	61.209.891	42.846.925	18.362.967
UMBRIA	853.068	853.068	13.625.238		639.418	14.264.656	9.985.260	4.279.397
MARCHE	1.482.746	1.482.746	23.682.481		1.111.393	24.793.874	17.355.712	7.438.162
LAZIO	5.714.745	5.714.745	91.276.147		4.283.491	95.559.637	66.891.746	28.667.891
ABRUZZO	1.269.571	1.269.571	20.277.641		951.608	21.229.249	14.860.474	6.368.775
MOLISE	289.224	289.224	4.619.498		216.788	4.836.286	3.385.401	1.450.886
CAMPANIA	5.593.906	5.593.906	89.346.101		4.192.916	93.539.017	65.477.312	28.061.705
PUGLIA	3.890.661	3.890.661	62.141.800		2.916.248	65.058.048	45.540.634	19.517.414
BASILICATA	533.233	533.233	8.516.820		399.685	8.916.505	6.241.554	2.674.951
CALABRIA	1.838.568	1.838.568	29.365.685		1.378.100	30.743.785	21.520.649	9.223.135
SICILIA (*)	4.797.359	4.797.359	76.623.619	37.629.859	-	38.993.760	27.295.632	11.698.127
SARDEGNA	1.570.453		-		-	-	-	-
TOTALE	58.971.230	55.000.582	878.471.600		37.629.859	878.471.600	614.930.123	263.541.477

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



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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

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

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

Nella seduta straordinaria del 29 dicembre 2025:

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

VISTO, inoltre, il comma 34-bis dell'articolo 1 della legge n. 662 del 1996, il quale indica le modalità per l'assegnazione delle risorse alle regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, prevedendo in particolare che, all'atto dell'adozione della delibera CIPESS di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente, il Comitato medesimo, su proposta del Ministro della salute e d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, provvede a ripartire tra le regioni le quote vincolate in questione;

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

VISTO l'accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 28 novembre 2024 (rep. atti n. 231/CSR), sulla proposta del Ministro della salute, con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2024 ed è stato definito l'utilizzo, da parte delle regioni, delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge n. 662 del 1996;

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



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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

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

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

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

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

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

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

ACQUISITO l’assenso del Governo;

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE:

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



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn);

– il predetto Psn, nell’ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità e le disomogeneità territoriali, impegna Stato e regioni nell’individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, al fine di garantire uniformità dell’assistenza. Tali strategie possono essere sviluppate tramite la definizione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione;

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

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell’anno 2025 dovranno essere trasversali a più ambiti di assistenza che risultino prioritari per la sanità del nostro Paese e conformi ai programmi e agli indirizzi condivisi con l’Unione europea e con i principali organismi di sanità internazionale. Le linee progettuali indicano, in particolare, la necessità di investire nel campo della cronicità e della non autosufficienza, delle tecnologie in sanità, della discriminazione in ambito sanitario e nello sviluppo di un numero unico, a livello nazionale ed europeo, per le cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, oltre che per le tematiche vincolate relative al piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore;
2. per l’anno 2025 sono 6 le linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui all’allegato del presente Accordo, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:
 - linea progettuale “Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità”;
 - linea progettuale “Promozione dell’equità in ambito sanitario”;
 - linea progettuale “Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica” - con vincolo di risorse pari a 120 milioni di euro;
 - linea progettuale “Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione” con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP-Network;
 - linea progettuale “La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio”;
 - linea progettuale “Realizzazione del Numero Europeo Armonizzato per cure non urgenti 116117”;



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

3. seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Psn per l'anno 2025, espressa nella seduta di questa Conferenza del 29 dicembre 2025 (rep. atti n. 269) in applicazione dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'articolo 79, del decreto-legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, e dall'articolo 3-*bis*, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, alle regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse complessive di assegnazione per l'anno 2025;
4. entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, le regioni sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'allegato del presente accordo e rispettando i contenuti presenti nello stesso allegato. In particolare, le regioni sono tenute a:
 - a. presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network; linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore;
 - b. presentare un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando tutte le restanti risorse assegnate per gli obiettivi di Piano.Non devono essere presentati più progetti per la stessa linea progettuale. Qualora si intenda presentare un progetto che prosegua quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento. Le risorse da destinare alle linee progettuali con risorse vincolate devono avere come limite minimo quello previsto nell'allegato del presente accordo;
5. nel progetto della Linea progettuale "Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica" dovranno essere illustrate le attività previste per l'anno 2025 in maniera distinta per l'obiettivo relativo alla costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e quello per la terapia del dolore in area pediatrica. Anche la rendicontazione delle attività svolte nell'anno 2024 riporteranno i risultati conseguiti nell'anno 2024 distintamente per entrambi gli obiettivi;
6. il progetto della Linea progettuale "Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network (NIEBP, AIRTUM, ONS)" dovrà essere articolato in due sezioni relative, rispettivamente, all'obiettivo prioritario PNP e all'obiettivo prioritario Supporto al PNP:
 - 1) Obiettivo prioritario PNP – questa sezione contiene il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione dei 10 Programmi Predefiniti (PP) del proprio Piano regionale della Prevenzione 2020 – 2025 per l'anno di riferimento 2025, con i relativi indicatori, in coerenza con la rendicontazione dei PRP nella Piattaforma web "Piani regionali di Prevenzione", strumento di accompagnamento esclusivo, sostanziale e formale, per i PRP;
 - 2) Obiettivo prioritario Supporto al PNP - questa sezione contiene il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione quinquennale definita nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra Regione e ciascuno dei tre Network (NIEBP, AIRTUM, ONS) per il periodo di vigenza del



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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

7. i progetti delle restanti linee progettuali, escluso quindi il progetto di cui al punto 6, dovranno essere elaborati seguendo la scheda progetto di cui all'allegato del presente accordo, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
8. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2025, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente 2024, utilizzando la scheda dei risultati di cui all'allegato del presente accordo;
9. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato – regioni del 23 marzo 2005;
10. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4., ovvero non vengano approvati, in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

Il Segretario
Carlo Ferocino

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli

ALLEGATO A

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

Anno 2025

1. Linea progettuale:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Premessa

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

Aree prioritarie di intervento

Tanto detto, le regioni sono invitate, con la realizzazione di un unico progetto sulla multicronicità, a favorire un approccio, che aumenti l'efficienza e l'accessibilità delle cure, fornendo un'assistenza

multidisciplinare sia in termini di diversi livelli della professione sanitaria (infermieri, medici, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.), che delle diverse specializzazioni della malattia.

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

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

Inoltre, è necessario migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo decisioni condivise nei vari setting assistenziali e sostenendo un approccio terapeutico che tenga conto delle differenze individuali anche dal punto di vista genetico, dell'ambiente e dello stile di vita delle singole persone. Le principali attività da prevedere sono: una mappatura territoriale che rilevi la presenza di individui affetti da più patologie, l'attivazione di nodi sensibili della rete dei servizi a partire dalla Medicina Generale, l'individuazione di strumenti per la valutazione dei pazienti con multicronicità, con possibilità di fornire risposte mono o multiprofessionali, la valutazione delle diverse probabilità di presa in carico del paziente e la realizzazione di piani di assistenza individualizzati che tengano conto, in maniera flessibile, delle linee guida basate sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche.

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

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

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

2. Linea progettuale:

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Premessa

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

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

3. Linea progettuale:

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

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

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

Premessa

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

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

- L’Accordo tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (rep. . atti n. 239/CSR del 16 dicembre 2010) ha approvato le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell’ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore.
- La Conferenza Stato regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012, ai sensi della Legge 38/2010 art. 5, ha sancito un’Intesa (rep. . atti n. 151/CSR) che, in maniera univoca ed omogenea su tutto il territorio nazionale, ha definito i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

- L'Accordo Stato regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano (rep. . atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014), ai sensi della Legge 38/2010 articolo 5 comma 2, ha individuato le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

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

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

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

Pertanto, i nodi della rete sono:

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

- Istituire a livello regionale una struttura organizzativa con funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività della rete. Tale ruolo permetterà, alla struttura organizzativa, di interfacciarsi con le Aziende ed i professionisti della rete della terapia del dolore e con la rete delle cure palliative al fine di garantire la piena applicabilità e fruibilità della normativa vigente. Inoltre, proprio per le attività che svolge, la struttura potrà individuare le best practices sviluppate in alcuni ambiti e divulgarle in altri contesti 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 (rep. arti/ospedali pediatrici di riferimento), che rispondono ai bisogni assistenziali di alta complessità relativi all'analgesia e alle cure palliative pediatriche, è necessario sviluppare una governance integrata di sistema a livello nazionale. Pertanto, in area pediatrica, lo sviluppo di reti delle cure palliative e della terapia del dolore ha una rilevante valenza non solo all'interno di ogni singola Regione, ma prevalentemente a livello nazionale.

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

Aree prioritarie di intervento

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

- Assicurare il controllo del dolore e le cure palliative pediatriche quale diritto alla salute per qualunque patologia, per tutte le fasce dell'età pediatrica ed in ogni luogo di cura, mediante la realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici, riabilitativi e di supporto.
- Disporre di almeno un centro specialistico di riferimento regionale o sovraregionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Tale centro rappresenta il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della rete regionale e si avvale del sistema informativo regionale.
- Avere la possibilità di fornire risposte residenziali (es. hospice pediatrico), alternative all'ospedale per acuti, dove, in caso di necessità diagnostica/terapeutica, il minore e la famiglia possano essere accolti per garantire la continuità di cura.
- Possedere strutture/servizi/competenze di terapia del dolore e cure palliative rivolte al paziente pediatrico. I due livelli di intervento, strettamente integrati tra loro, sono:
 - Gestione specialistica, eseguita dalle equipe/centro multispecialistico di riferimento.
 - Gestione generale, eseguita dal personale medico e infermieristico dei rep. arti di pediatria/strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta/MMG, adeguatamente prep. arati e supportati dal personale del centro di riferimento.I due livelli condividono, in particolare, le procedure clinico-diagnostiche e gli strumenti della telemedicina (teleconsulto, ecc.).
- Identificare il raccordo con i servizi socio-educativi al fine di permettere al minore un recupero/mantenimento delle relazioni sociali e scolastiche fondamentali per la qualità della vita e per la crescita.
- Garantire la risposta ai bisogni educativi e sociali essenziali del minore al fine di salvaguardare la qualità della sua vita e la possibilità di crescita, nonché dei bisogni spirituali.
- Organizzare una rete che integri i diversi ambiti assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, ecc.) al fine di garantire la continuità delle cure mediante: la reperibilità continuativa di un operatore sanitario, l'unicità di riferimento in caso di passaggio del regime assistenziale, la condivisione continua del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza del caso indipendentemente dalla sede di gestione.
- Disporre, nell'equipe dedicate al paziente pediatrico, di figure multiprofessionali con competenze diverse in grado di rispondere ai molteplici bisogni che il dolore e la malattia possono determinare.
- Programmare piani di formazione di base continua sul dolore e sulle cure palliative pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio, nonché di formazione specialistica sul caso, rivolta ai professionisti coinvolti nella presa in carico della qualità della vita del minore e della sua famiglia.

- Utilizzare strumenti utili al monitoraggio della qualità della vita del paziente e della sua famiglia.
- Garantire l'informazione continua alla famiglia sulla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.
- Supportare la famiglia sia a livello clinico e organizzativo che psicologico e spirituale. Inoltre deve essere garantito il supporto al lutto non solo ai genitori, ma anche agli eventuali fratelli, agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto.
- Predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella rete.
- Stabilire procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si potrebbero verificare, anche per eventuali segnalazioni al comitato etico aziendale di riferimento.
- Sviluppare programmi di informazione specifici e mirati sulla rete.
- Valutare, con regolarità, la qualità percepita dal minore (se possibile) e dei familiari sulle cure prestate.

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

Per la realizzazione di questa linea progettuale è presente un vincolo di 120 milioni di euro, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38, così come modificato dalla legge 30 dicembre 2024, n. 207, da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo.

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

4. Linea progettuale:

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivo prioritario: “Supporto al Piano nazionale della prevenzione”

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

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

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

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

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

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

5. Linea progettuale:

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

Premessa

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

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

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

6. Linea progettuale:

REALIZZAZIONE DEL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il sistema potrà permettere su tutto il territorio della regione:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

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

ATTIVITÀ PRELIMINARI:

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

PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ

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

- **Sistemi di supporto**
 - ✓ Componente Telefonica. Definizione dell'architettura della rete telefonica e dati: requisiti, caratteristiche, dimensionamento di massima delle postazioni e delle linee telefoniche. Sistema di registrazione delle conversazioni, sistema di interpretariato multilingue, sistema per persone con disabilità (persone sorde), (definire per esempio: Predisposizione del bando di gara, modalità di acquisizione delle apparecchiature, etc.).
 - ✓ Componente Informatica. Definizione dell'architettura di rete e sviluppo di un sistema informatico di gestione dell'attività che preveda:
 - la somministrazione informatizzata dell'intervista telefonica, secondo un protocollo individuato, con localizzazione del chiamante, identificazione dei bisogni, valutazione delle necessità; visualizzazione di informazioni relative al chiamante; l'individuazione, sulla base della localizzazione del chiamante, della postazione territoriale competente, anche con geo – localizzazione;
 - il trasferimento della scheda ad altre Centrali o ad altri servizi (ad esempio Postazioni CA territoriali, COT, UCA), ove necessario;
 - la visualizzazione su cartografico, del territorio, dei mezzi e delle strutture di interesse con i riferimenti di pertinenza;
 - un'estensione applicativa integrata con il sistema in dotazione al servizio di Emergenza-Urgenza 118, con trasferimento della scheda, sulla base della normativa che prevede l'impiego di un'unica piattaforma informatica, mantenendo comunque distinto l'accesso degli utenti alle due numerazioni;
 - l'integrazione con i sistemi informativi regionali.
- **Modello organizzativo, risorse umane e formazione:**
 - ✓ Articolazione della struttura organizzativa (organigramma, in particolare l'individuazione delle figure di coordinamento e del responsabile del servizio).
 - ✓ Definizione del fabbisogno di personale dei diversi profili e modalità di reclutamento (ad es. predisposizione dei bandi/avvisi).
 - ✓ Definizione del percorso formativo per l'accesso al sistema e dei percorsi di aggiornamento continuo e finalizzato (formazione permanente). Predisposizione ed esecuzione dei corsi per gli operatori.
- **Altre azioni**

Contestualmente è auspicabile prevedere la:

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

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

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

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

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

Per questa linea progettuale non sono previste risorse vincolate.

Ministero della Salute

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

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

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

878.471.600 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2025 (al 01.01.2024)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network
PIEMONTE	4.251.623	4.251.623	67.907.101		3.186.807	71.093.908	9.711.491	19.422.982	97.115
VAL D'AOSTA	122.877		-		-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.012.054	10.012.054	159.912.946		7.504.542	167.417.488	22.869.377	45.738.755	228.694
BOLZANO	537.533		-		-	-	-	-	-
TRENTO	545.169		-		-	-	-	-	-
VENETO	4.852.216	4.852.216	77.499.797		3.636.982	81.136.779	11.083.356	22.166.712	110.834
FRIULI	1.194.616		-		-	-	-	-	-
LIGURIA	1.509.140	1.509.140	24.104.047		1.131.177	25.235.224	3.447.154	6.894.308	34.472
EMILIA R.	4.451.938	4.451.938	71.106.540		3.336.953	74.443.493	10.169.047	20.338.094	101.690
TOSCANA	3.660.530	3.660.530	58.466.139		2.743.753	61.209.891	8.361.325	16.722.651	83.613
UMBRIA	853.068	853.068	13.625.238		639.418	14.264.656	1.948.565	3.897.129	19.486
MARCHE	1.482.746	1.482.746	23.682.481		1.111.393	24.793.874	3.386.865	6.773.731	33.869
LAZIO	5.714.745	5.714.745	91.276.147		4.283.491	95.559.637	13.053.531	26.107.063	130.535
ABRUZZO	1.269.571	1.269.571	20.277.641		951.608	21.229.249	2.899.934	5.799.868	28.999
MOLISE	289.224	289.224	4.619.498		216.788	4.836.286	660.641	1.321.282	6.606
CAMPANIA	5.593.906	5.593.906	89.346.101		4.192.916	93.539.017	12.777.513	25.555.025	127.775
PUGLIA	3.890.661	3.890.661	62.141.800		2.916.248	65.058.048	8.886.987	17.773.974	88.870
BASILICATA	533.233	533.233	8.516.820		399.685	8.916.505	1.218.002	2.436.005	12.180
CALABRIA	1.838.568	1.838.568	29.365.685		1.378.100	30.743.785	4.199.628	8.399.257	41.996
SICILIA (*)	4.797.359	4.797.359	76.623.619	37.629.859		38.993.760	5.326.582	10.653.164	53.266
SARDEGNA	1.570.453		-		-	-	-	-	-
TOTALE	58.971.230	55.000.582	878.471.600		37.629.859	878.471.600	120.000.000	240.000.000	1.200.000

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

SCHEMA PROGETTO

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

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

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

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

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

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

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

				per	anno
				successivo	

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

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

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

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

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

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

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

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

ALLEGATO D

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ALLEGATO E

OBIETTIVO PRIORITARIO SUPPORTO AL PNP

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

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

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

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

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

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

LINEA PROGETTUALE	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA'
-------------------	--

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER I PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ
--------------------------------	---

AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale
--------------------	-------------------------------

REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE
-----------------------------------	----------

Cognome Nome Responsabile	dott. Franco Ripa
Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari
Recapiti telefonici	011. 4321529
E-mail	programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 D.D. n. 926 del 30.12.2025 e D.D. n. 233 del 20.04.2026	€ 41.689.435,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione	I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025)	
Costi gestione progetto		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	Personale ASR	
Da acquisire	Risorse ex L. n. 77/2020, art. 1 del (fondi Covid ex "decreto Rilancio" per potenziamento attività territoriali)	

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO
Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc

La popolazione residente in Piemonte al 01.01.2024 ammonta a 4.252.511, di cui il 51,3% donne e il 48,7% uomini, sostanzialmente stabile nel corso dell'ultimo triennio, dopo una sensibile flessione demografica rispetto agli anni precedenti e in linea con il trend nazionale, con la provincia di Torino che ospita oltre la metà dell'intera popolazione regionale. La popolazione over65 anni rappresenta il 26,6% degli abitanti del Piemonte, confermando quindi un elevato tasso d'invecchiamento. Le previsioni ISTAT della popolazione relative al periodo 2018-2038 indicano una diminuzione della popolazione piemontese di circa 153.500 unità: tale perdita è determinata dall'intensificazione del processo di invecchiamento e dalla bassa natalità che caratterizza da tempo la regione. La perdita di popolazione riguarda soprattutto la classe di età 45-64 anni (258.000 unità in meno) e in secondo luogo la popolazione con meno di 18 anni (83.500). Per contro la popolazione anziana segnala un incremento che investe sia la classe 65-74 anni (+ 144.300 unità), sia la classe di età superiore ai 74 anni (+140.200 unità). Il deciso decremento della fascia di età 45-64 anni è spiegato dalla sostituzione, mano a mano che ci si avvicina al 2038, dei "baby boomers" di fine anni '50 e '60, con le generazioni nate nel periodo di denatalità negli anni '70-'90. Le generazioni dei "baby boomers" stanno infatti passando nelle età più mature, producendo un deciso aumento della popolazione in quelle età. In sostanza, una popolazione meno numerosa, in sintesi, ma con più problemi sanitari. La risultanza dell'aumento della speranza di vita, della riduzione della mortalità e della costante riduzione dei tassi di natalità, è rappresentata dall'aumento dell'indice di vecchiaia, ovvero dal rapporto percentuale tra gli over 65 e gli under 14. Si può ragionevolmente dedurre che il Piemonte, al pari del resto di Italia, sta gradualmente cambiando il proprio profilo socio-demografico verso un futuro caratterizzato da una maggior prevalenza di popolazione anziana rispetto alla popolazione attiva. I cambiamenti epidemiologici stanno pertanto determinando anche un mutamento negli scenari di cura. Con il passare degli anni il quadro epidemiologico è sempre più caratterizzato da bisogni di salute articolati e multiproblematici, che richiedono la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili in prossimità del loro luogo di vita: occorre pertanto organizzare i servizi attorno ai bisogni dei pazienti, nei territori dei Distretti ASL. Per migliorare le cure sul territorio servono integrazione, prossimità e continuità, multiprofessionalità ed articolazione a rete dei servizi sanitari territoriali, in continuità con quelli ospedalieri e con l'area socio-sanitaria e socio-assistenziale. Servono operatori e servizi sul territorio delle Asl, in luoghi dove i professionisti, congiuntamente - medici, infermieri, professioni sanitarie, sociali, amministrativi - garantiscano ai cittadini risposte appropriate nell'ambito di percorsi omogenei e predefiniti in ambito regionale. A partire dal 2021 l'impatto travolgente della pandemia Covid-19 ha portato drammaticamente alla luce nuovi bisogni, dei quali dovrà farsi carico il Servizio sanitario regionale prossimo futuro, essere in grado di identificare e trattare precocemente i bisogni di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento. Le risposte sanitarie e socio-sanitarie per soggetti fragili (grandi anziani, disabili, persone con gravi problemi di salute mentale...) dovranno operare in rete e in collegamento con le potenzialità offerte dai percorsi sul territorio, accanto a un'implementazione delle cure al domicilio dei pazienti. In sostanza, un percorso di riorganizzazione dei servizi territoriali delle ASL, pensato per far fronte alla diffusione di malattie croniche, può tornare utile anche per affrontare un'epidemia infettiva. In questo contesto, le strutture di comunità/prossimità, in molte delle esperienze già avviate nell'esperienza regionale, costituiscono il collante dei servizi sul territorio e con questo ruolo propendono a potenziare l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria rendendola capillare, accessibile, equa ed integrata con l'obiettivo di superare la frammentazione dei percorsi di cura e di rispondere in modo appropriato alla gestione delle cronicità e delle fragilità, con importanti strumenti per il rafforzamento della prevenzione, l'impiego della telemedicina e la promozione di modelli organizzativi evoluti, quali la rete delle Case della Comunità hub&spoke, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali per agevolare l'accesso alle cure.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01/01/2024	31/12/2024	Sì

OBIETTIVO GENERALE	Sviluppare il piano per la gestione delle malattie croniche nelle Aziende Sanitarie, ai fini della presa in carico appropriata e secondo percorsi omogenei a livello territoriale. Le attività includono inoltre lo sviluppo delle strutture di prossimità, della rete delle strutture intermedie e delle cure domiciliari come momento fondamentale dell'assistenza primaria nell'ambito della rete distrettuale, oltreché la Promozione di rete nazionale per i tumori rari e la Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative.
---------------------------	--

OBIETTIVI SPECIFICI	1. Monitorare lo stato di attuazione della rete delle Case della Salute contestualmente all'avvio delle nuove Case della Comunità realizzate ai sensi del PNRR-Missione 6 Salute
	2. Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa
	3. Consolidare l'attività domiciliare
	4. Promuovere l'identificazione e l'attività dei centri di riferimento della Rete regionale dei Tumori Rari, nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1. Fase: Case della Salute e future Case della Comunità	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio modelli e forme organizzative a carattere multiprofessionale e multifunzionale scaturite dalla rete regionale delle Case della Salute e del percorso di evoluzione delle stesse verso il modello delle Case della Comunità ex D.M. n. 77/2022, nella tipologia hub e spoke • monitoraggio semestrale del percorso attuativo del nuovo modello di rete territoriale previsto dal PNRR, Missione 6 Salute, Componente 1 e dal DM 77/2022; • monitoraggio della realizzazione delle strutture territoriali a carattere intermedio fra ospedale e territorio, nella tipologia dell'Ospedale di Comunità, finalizzati all'appropriata gestione dei pazienti affetti da patologie croniche e a bassa complessità clinica, con prevalenti necessità riabilitative e/o di assistenza infermieristica e socio-sanitaria. 	<p>Partendo dal monitoraggio e dall'analisi della situazione esistente riguardo all'articolazione distrettuale delle Case della Salute, il progetto mira a coordinare il percorso di progressiva transizione verso la rete distrettuale delle strutture di prossimità, a carattere multiprofessionale e multidisciplinare, previste dalla Missione 6 del PNRR e dal D.M. 77/2022 (Case e Ospedali di Comunità). Il progetto prevede inoltre la definizione degli indirizzi regionali relativi al nuovo modello di rete territoriale delle cure primarie, sul piano organizzativo, gestionale ed operativo in coerenza con la normativa nazionale prevista negli ACN MMG/PLS e nel citato D.M. 77/2022.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • numero di Case della Salute attive al 31.12.2025 e numero di personale nelle stesse operante; • numero di Case della Comunità attivate in base alla programmazione regionale definita ai sensi del PNRR, nell'ambito del percorso di evoluzione del modello regionale delle Case della Salute verso il modello delle strutture multiprofessionali di prossimità definito dal D.M. 77/2022; • numero di IfoC (Infermiere di famiglia o di comunità) operanti nelle CdC attive nel 2025 e nel complesso dei servizi del distretto.
2. Fase: Continuità assistenziale ospedale-territorio-ospedale	<p>Monitoraggio dell'attivazione e delle modalità organizzative ed operative delle COT e della riconversione in capo alle stesse delle funzioni precedentemente svolte dai NDCC, ai fini del miglioramento dell'appropriatezza della presa in carico territoriale e della continuità assistenziale territorio-ospedale e viceversa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio semestrale dell'articolazione delle COT in ciascuna ASL, delle modalità organizzative ed operative, del personale coinvolto e delle modalità di interazione con tutti i servizi erogativi aziendali, territoriali ed ospedalieri, afferenti alla rete pubblica e privata accreditata ai fini della presa in carico e della continuità assistenziale che deve essere garantita al paziente nel suo percorso nell'ambito del SSR • Riscontro a monitoraggio Agenas condotto a livello regionale ed aziendale riguardo al percorso di sviluppo delle funzioni delle COT, in attuazione del D.M. n. 77/2022 	<p>- numero Centrali Operative Territoriali attivate al 31.12.2025 e numero di pazienti presi in carico ed avviati a percorsi di salute nell'ambito del SSR</p>
3. Fase: Assistenza e riabilitazione domiciliare	<p>Prosecuzione del monitoraggio della riabilitazione domiciliare (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) effettuata con indicatori di primo livello tratti dai flussi informativi correnti (FARSI AD).</p>	<p>Tramite il Portale regionale FARSIAD-RP sono state adottate metodologie di rilevazione puntuale delle Prese in Carico in Cure Riabilitative Domiciliari (SRDRRF adulti e SRD-NPI minori) effettuate dai Servizi di Cure Domiciliari delle ASL.</p>	<p>Numero di Prese in Carico di assistiti in Cure Riabilitative Domiciliari (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) nell'anno 2025, confrontato con il totale delle prese in carico effettuate per tutte le tipologie di cure domiciliari.</p>

4. Fase: Promozione rete dei tumori rari	· mappatura e monitoraggio dei centri della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta presso i quali vengono trattati i pazienti affetti da tumore raro	Adozione ed implementazione di metodologie di monitoraggio e controllo di qualità nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, in coerenza con le disposizioni dell'Accordo ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera b), e dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Processo normativo e attuativo per la definizione dell'assetto della Rete Nazionale Tumori Rari" (Rep. 213/CSR del 21.09.2023)	Numero di prese in carico di pazienti affetti da tumore raro, nell'anno 2025
--	--	---	--

TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto può essere implementato in ogni Azienda Sanitaria del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni.
Progetto o parte del progetto che può essere trasferito	Ogni parte del progetto può essere trasferita nelle Aziende Sanitarie del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni.

LINEA PROGETTUALE	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO
-------------------	---

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	SVILUPPO DELLE AZIONI DI UMANIZZAZIONE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'EMPOWERMENT DEI PAZIENTI
--------------------------------	--

AREA DI INTERVENTO	Tutto il territorio regionale
--------------------	-------------------------------

REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott.sa Mirella Angaramo
	Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Affari generali e giuridico legislativo
	Recapiti telefonici	011. 4322221
	E-mail	sanita@regione.piemonte.it sanita@cert.regione.piemonte.it

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 D.D. n. 926 del 30.12.2025 e D.D. n. 233 del 20.04.2026	€ 270.000,00
Eventuali Risorse Regionali	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione	I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali	
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	Personale delle AASSRR	
Da acquisire	Dipende dalle dotazioni già in assegnazione alle singole aziende	

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO
Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc

Il D.M. 15.10.1996 recante "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie" prevede l'adozione, in tutte le strutture del SSN, di "un insieme di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione...".

L'obiettivo dell'umanizzazione dell'assistenza è, altresì, ribadito dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e confermato, nel 2014, quale obiettivo di carattere prioritario e di rilievo nazionale nell'ambito dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni – Rep. Atti n. 13/CSR del 20 febbraio 2014.

La Direttiva 2011/24/EU, recepita in Italia con il D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 38, sancisce, infine, i diritti fondamentali dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, tra i quali l'informazione rispetto alla qualità dell'assistenza fornita.

Il Patto per la salute 2014-2016 (Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), all'art. 4, recante "Umanizzazione delle cure", prevede che le Regioni, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. Nell'atto si conviene, tra l'altro, la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale e, un'altra, in tema di cambiamento organizzativo.

Il "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" di cui all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR), recepito con D.D. n. 725 della Direzione regionale Sanità del 15.11.2017 – ha definito criteri e requisiti in materia di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie, cui le Regioni si sono impegnate ad uniformarsi, ivi compresi i requisiti in materia di umanizzazione – Criterio 8 del Disciplinare.

L'umanizzazione delle cure non può prescindere da un modello di presa in carico multidisciplinare realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei famigliari nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.

E' basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di una integrazione reale, sia a livello ospedaliero, fra le diverse strutture coinvolte, sia tra ospedale e strutture/professionisti presenti sul territorio fornendo risposte appropriate, sicure ed efficaci ai differenti bisogni assistenziali. Negli ultimi anni il concetto di empowerment ha assunto crescente attenzione in sanità, con particolare riguardo ai percorsi connessi alle patologie croniche che hanno visto un mutamento profondo dei modelli di cura tendente ad una sempre maggiore valorizzazione del ruolo della persona, vista come soggetto attivo ed "esperto" all'interno del percorso clinico-assistenziale.

In particolare i nuovi modelli evidenziano la necessità di adeguare, in modo sostanziale, sia la funzione che l'organizzazione dei servizi improntati su un differente modello culturale basato sulla centralità della persona malata e dei suoi bisogni e sull'integrazione dei servizi. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza è, infatti, il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia.

La Regione Piemonte, nel corso degli anni, ha contribuito al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero – promosso e coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), attraverso la partecipazione a tre progetti di ricerca finanziati dal Ministero.

Con riferimento all'annualità 2025 obiettivo della Regione Piemonte è quello di avviare presso le ASL una valutazione partecipata della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle strutture territoriali (Residenze Socio Assistenziali) attraverso la partecipazione diretta dei cittadini secondo i principi dell'umanizzazione e dell'empowerment.

In particolare le finalità perseguite sono le seguenti:

- mettere a punto un apparato teorico e metodologico per valutare il grado di umanizzazione delle strutture territoriali - RSA (definizione del concetto di umanizzazione, individuazione degli indicatori, definizione del processo di coinvolgimento dei cittadini);
- valutare il grado di umanizzazione delle strutture territoriali, anche sotto il profilo della sicurezza dei pazienti;
- raccogliere, attraverso l'applicazione del modello di valutazione partecipata definito, informazioni sull'umanizzazione relative alle RSA – almeno n. 1 per ogni ASL;
- mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione nelle RSA idoneo ad assicurare, attraverso una rilevazione periodica, la disponibilità di informazioni per supportare le azioni delle ASR/Regione.

In particolare si provvederà alla valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle strutture territoriali. A tal fine, partendo dallo strumento realizzato a livello nazionale, è stata definita una specifica Check List per la valutazione delle RSA a livello regionale, in modalità condivisa con le Associazioni rappresentative dei cittadini e con la collaborazione di Agenas, che individua l'apparato teorico e metodologico per la valutazione partecipata. Lo strumento di rilevazione, previa formazione degli operatori e cittadini, sarà sottoposto alle Aziende per la valutazione partecipata delle strutture secondo il modello dell'empowerment allo scopo di analizzare i processi, rilevare le criticità e definire le azioni di miglioramento finalizzate ad impostare i correttivi necessari.

Parallelamente è stata avviata presso le Aziende Ospedaliere/Aziende Ospedaliere Universitarie la valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie presso le Strutture Psichiatriche di Diagnosi e Cura – S.P.D.C.

La valutazione della qualità delle prestazioni di salute mentale si basa su indicatori multidimensionali: efficacia clinica, appropriatezza degli interventi, continuità di cura e soddisfazione di utenti e familiari (qualità percepita). È fondamentale monitorare l'accessibilità, i tempi di attesa e i percorsi di cura basati su evidenze scientifiche, specialmente in un contesto territoriale, integrando la valutazione funzionale globale e i diritti umani.

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Piani	Valutazione modelli organizzativi implementati nelle strutture sanitarie e territoriali	Analisi percorsi per definizione strumento regionale di rilevazione criticità ed implementazione azioni di miglioramento	Definizione da parte regionale di Check List per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture territoriali e delle strutture psichiatriche di diagnosi e cura
Punti critici	Individuazione punti critici	Vengono individuati i punti critici	Compilazione check list regionale da parte delle ASR
Azioni di miglioramento	Definizione delle azioni di miglioramento	Sulla base delle criticità definite, sono individuate le azioni correttive	Presenza di piano di miglioramento predisposti dalle ASR
Implementazione	Messa in atto delle azioni di miglioramento	Cronoprogramma per la messa in atto il piano di miglioramento	Presenza di cronoprogramma predisposto dalle ASR

TRASFERIBILITÀ Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito
Il progetto può essere implementato in ogni Azienda Sanitaria del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni	Ogni parte del progetto può essere trasferita nelle Aziende Sanitarie del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni

LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE	
AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale	
REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Franco Ripa
	Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari
	Recapiti telefonici	011. 4321529
	E-mail	programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it
RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 D.D. n. 926 del 30.12.2025 e D.D. n. 233 del 20.04.2026	4.855.745,50
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00
ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione	I costi sono ripartiti fra le AA.SS.RR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali	
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	personale delle AASSRR	
Da acquisire	dipende dalle dotazioni già in assegnazione alle singole aziende	

**ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO
DI RIFERIMENTO**
Se pertinente riportare dati
epidemiologici, di attività, ecc

La Legge n. 38 del 15/03/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore", ha definito il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative ed alla terapia del dolore.

Ha previsto in particolare, all'Art. 5, l'attivazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore", che devono integrarsi fra loro, a livello regionale e con le corrispondenti reti regionali, a livello nazionale.

La Legge n. 38 del 2010, è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore, a livello nazionale.

Infatti, la legge del 26/02/1999, n. 39 è stata il primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20/01/ 2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative". Le indicazioni fornite dal citato decreto hanno riguardato i requisiti minimi strutturali (localizzazione, dimensioni generali, tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali); i requisiti minimi tecnologici (requisiti minimi impiantistici, fattori di sicurezza e prevenzione infortuni, dotazioni tecnologiche) ed infine i requisiti minimi organizzativi. Il documento ha reso possibile una definizione più appropriata delle strutture dedicate all' assistenza ai malati, pur rimanendo evidenti alcune criticità, quali la possibilità di assicurare una pari qualità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale. Se esiste dunque un quadro normativo di riferimento rispetto alla tematiche di cure palliative, più complesso è l'iter riguardante la terapia del dolore. Il progetto "Ospedale senza dolore", nato con l'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome in data 24 maggio 2001 con la finalità di offrire la realizzazione, a livello regionale, di progetti finalizzati al miglioramento del processo assistenziale rivolto in maniera specifica al controllo del dolore, non ha prodotto i risultati attesi.

L'assenza di precise indicazioni su quali caratteristiche avessero dovuto obbligatoriamente essere possedute dalle strutture di assistenza alla terapia del dolore non ha consentito la puntuale definizione dei luoghi di cura dedicati.

I documenti citati, pur nella loro completezza, non hanno avuto, quindi, la capacità di definire in modo puntuale quali requisiti fossero necessari nei diversi momenti assistenziali (ospedale, hospice, assistenza residenziale, ambulatorio) al fine di garantire un'ideale presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative e nella rete di terapia del dolore. La necessità di colmare eventuali lacune ha richiesto una puntuale definizione di elementi distintivi strutturali quantitativi e qualitativi che potessero, senza ambiguità, individuare le caratteristiche indispensabili affinché una struttura possa essere considerata a pieno titolo idonea. La definizione di criteri imprescindibili appare condizione necessaria per un reale sviluppo della rete assistenziale, sia nelle cure palliative, sia nella terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, pur non escludendo il diritto di ogni malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni precipi del paziente e della sua famiglia. In particolare, infatti, la suddetta L. 38/2012 dispone all'articolo 8 che "[...] sono definiti 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 domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]". Tali indicazioni riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 138 del 27/06/2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 113 del 20/03/2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri). In ottemperanza a quanto previsto dalla L. 38/2010 e tenuto conto di quanto sopra esposto, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha approvato, nella seduta del 25/07/2012, l'"Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5/06/2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/ 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle 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". In dettaglio, nell'Intesa in parola si legge che "[...] Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa esigenza è stato necessario costituire due reti nazionali specifiche così come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010 " [...] volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...]. L'ambito di riferimento delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica necessita di strutture e percorsi specifici così come stabilito dalla legge 38/2010. Essa tiene conto dell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sottoscritto in data 27/06/2007 e del documento tecnico approvato in data 20/03/2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La definizione della rete di assistenza della terapia del dolore nell'adulto ha richiesto un particolare impegno per la mancanza di riferimenti normativi precedenti che potessero indicare la direzione verso cui rivolgersi.

**ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO
DI RIFERIMENTO**
**Se pertinente riportare dati
epidemiologici, di attività, ecc**

La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. [...]". Si prevede di proseguire nei percorsi di attuazione della Rete di Terapia del dolore, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. [...].

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3, :

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale: forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale
- Centri Spoke/centri ambulatoriali di terapia del dolore
- Centri Hub /Centri Ospedalieri di terapia del dolore

Si integrano nella rete tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche. [...] Con lo sviluppo delle aggregazioni territoriali di MMG sul territorio nazionale e l'attuazione di un programma di formazione dei MMG nell'ambito della terapia del dolore, si viene a definire un modello articolato sulla base della struttura organizzativa della medicina generale in grado di dare la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni della persona con dolore, di indirizzare, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore o all'Hub /Centro ospedaliero di terapia del dolore, e garantire la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete.[...]

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

Struttura ambulatoriale. La struttura di livello spoke è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite in regime ambulatoriale. Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi. Hub / Centro ospedaliero di terapia del dolore. La struttura di livello Hub è preposta ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, chirurgici, psicologici variamente integrati) finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone con dolore, in regime ambulatoriale, ricovero ordinario, di day hospital o attraverso modalità alternative previste dai vari ordinamenti regionali. Garantisce la gestione del dolore, attraverso un approccio interdisciplinare per le patologie complesse, sia con team dedicati che con rete di consulenze. Alla struttura Hub possono essere affidati i compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza. La distribuzione sul territorio regionale degli Hub/ Centro Ospedaliero di terapia del dolore e Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree territoriali disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un Hub/ Centro Ospedaliero di terapia del dolore [...]."

La Regione Piemonte ha attuato, per prima, in Italia, le disposizioni della L. 38/2010: infatti, con D.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010, sono state istituite la Rete Regionale di Cure Palliative e la Rete regionale di Terapia del Dolore, e con successiva DGR n. 31-1482 del 11.02.2011 sono state definite la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Cure Palliative e della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore. Le due Commissioni sopra citate hanno lavorato, sin dal loro insediamento, al fine di elaborare proposte all'Assessorato alla Sanità, per la concretizzazione dei dettami della Legge nazionale ed, in particolare, dall'approvazione dell'Intesa in parola, per l'attuazione di quanto disposto da quest'ultima, compatibilmente con il contesto normativo, economico e sociale della Regione Piemonte. Inoltre, con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, 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 Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, Di definizione dei requisiti minimi e delle 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".

Infine con D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 sono stati recepiti i seguenti Accordi: - l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "AccREDITAMENTO delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 118/CSR del 27.07.2020);

- l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "AccREDITAMENTO delle reti di terapia del dolore, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 119/CSR del 27.07.2020);
- l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "AccREDITAMENTO della rete di terapia del dolore e di cure palliative pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 30/CSR del 25.03.2021), che delinea in specifico il percorso per l'accREDITAMENTO della rete deputata alla presa in cura del paziente in età evolutiva, tenuto conto di tutte le debite peculiarità.

Obiettivo specifico dell'anno 2024 è l'adempimento alle disposizioni di cui sopra.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	2010	mai	il progetto ha durata continua

OBIETTIVO GENERALE	Migliorare i percorsi di presa in carico dei pazienti che necessitano di terapia del dolore, articolando una tipologia assistenziale che sia omogenea sul territorio regionale, con risposte appropriate a seconda delle necessità dei pazienti
---------------------------	---

OBIETTIVI SPECIFICI	1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.
	2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in terapia del dolore su tutto il territorio regionale
	3° Obiettivo qualitativo e quantitativo: attuazione del disposto degli Accordi sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 118/CSR del 27.07.2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 119/CSR del 27.07.2020);

RISULTATI ATTESI	
A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Razionalizzazione dell'offerta assistenziale, in base al modello hub&spoke in cui è articolata la rete regionale
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Appropriata presa in carico dei pazienti candidabili alla terapia del dolore, su tutto il territorio regionale, in tutti i setting di cura.

PUNTI DI FORZA	
Indicare punti di forza	Indicare le strategie / azioni per l'implementazione
	Attività consolidata da tempo, di assistenza in terapia del dolore e in cure palliative per i pazienti in età evolutiva

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare punti di debolezza	Indicare le strategie / azioni per la riduzione
	Carenza di personale esclusivamente dedicato

DIAGRAMMA DI GANTT													
	Mesi												
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Il progetto ha durata continua, non suddivisibile in azioni mensili													

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

Il progetto ha durata continua; le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico:
D.G.R. n. 20-13204 del 08/02/2010,
D.G.R. n. 30-866 del 25/10/2010,
D.G.R. n. 31-1482 del 11/02/2011
D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012
D.G.R. n. 43-7345 del 31/03/2014
D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014
D.G.R. n. 14-2811 del 18/01/2016
D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021
n. 19-6463 del 30.01.2023

D.G.R.

TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito
Tutto il territorio regionale	Tutto il progetto

LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA
-------------------	---

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA
--------------------------------	--

AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale
--------------------	-------------------------------

REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Franco Ripa
	Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari
	Recapiti telefonici	011. 4321529
	E-mail	programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)
		Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 D.D. n. 926 del 30.12.2025 e D.D. n. 233 del 20.04.2026
		4.855.745,50
	Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL
		€ 0,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro
		Note
	Costi per la la formazione	I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali
	Costi gestione progetto	
	Costi	
	Costi	

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N Risorse
		Note
	Disponibili	personale delle AASSRR
	Da acquisire	dipende dalle dotazioni già in assegnazione alle singole aziende

<p>ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc</p>	<p>La Legge n. 38 del 15/03/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore", ha definito il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative ed alla terapia del dolore.</p> <p>Ha previsto in particolare, all'Art. 5, l'attivazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore", che devono integrarsi fra loro, a livello regionale e con le corrispondenti reti regionali, a livello nazionale.</p> <p>La Legge n. 38 del 2010, è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore, a livello nazionale.</p> <p>Le indicazioni della L.38 riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 138 del 27/06/2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 113 del 20/03/2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).</p> <p>Per quanto riguarda, specificamente, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, è stato approvato uno specifico provvedimento deliberativo (D.G.R. n. 11-7041 del 27.01.2014) per l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa in parola come "un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]". Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice".</p> <p>Inoltre, con D.G.R. n. 43-7345 del 31.03.2014 è stata formalizzata la Commissione di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore e Cure palliative rivolte al paziente in età evolutiva, con specifici compiti consultivi, di monitoraggio e coordinamento della rete in parola. Si prevede di proseguire nei percorsi di attuazione della Rete di Terapia del dolore e di cure palliative per il paziente in età evolutiva, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore e di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti in età evolutiva. Altresì, con D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 sono stati recepiti i seguenti Accordi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 118/CSR del 27.07.2020); - l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 119/CSR del 27.07.2020); - l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e di cure palliative pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 30/CSR del 25.03.2021), che delinea in specifico il percorso per l'accreditamento della rete deputata alla presa in cura del paziente in età evolutiva, tenuto conto di tutte le debite peculiarità. <p>Inoltre, con D.G.R. n. 17-6164 del 07.12.2022, inerente a "Decreto 23 maggio 2022 , n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte". Proposta al Consiglio Regionale" si è previsto di dare attuazione alle disposizioni del DM suddetto, anche con specifico riferimento allo sviluppo ed al potenziamento delle cure palliative, sia per il paziente adulto, sia per il paziente pediatrico, nel rispetto degli standard indicati dal DM medesimo. Infine, con D.G.R. n. 19-6463 del 30.01.2023 è stato approvato il "Piano di potenziamento della rete regionale delle cure palliative per il paziente adulto e per il paziente pediatrico", a partire dall'anno 2023, ai sensi dell'art. 1, comma 83 della L. 29 dicembre 2022 , n. 197, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025". Obiettivo specifico dell'anno 2025 è l'adempimento alle disposizioni di cui sopra.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	2010	mai	il progetto ha durata continua

OBIETTIVO GENERALE	Migliorare i percorsi di presa in carico dei pazienti in età evolutiva, che necessitano di terapia del dolore, articolando una tipologia assistenziale che sia omogenea sul territorio regionale, con risposte appropriate a seconda delle necessità dei pazienti e che rispetti e concretizzi i dettami normativi recenti, in merito all'accreditamento della Rete di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente in età evolutiva.
---------------------------	--

OBIETTIVI SPECIFICI	1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità alle indicazioni della normativa.
	2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.
	3° Obiettivo qualitativo: attuazione delle disposizioni dell'Accordo sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e di cure palliative pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 30/CSR del 25.03.2021),

RISULTATI ATTESI	
A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Razionalizzazione dell'offerta assistenziale, in base al modello hub&spoke in cui è articolata la rete regionale
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Appropriata presa in carico dei pazienti candidabili alla terapia del dolore, su tutto il territorio regionale, in tutti i setting di cura.

PUNTI DI FORZA	
Indicare punti di forza	Indicare le strategie / azioni per l'implementazione
	Attività consolidata da tempo, di assistenza in terapia del dolore e in cure palliative per i pazienti in età evolutiva

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare punti di debolezza	Indicare le strategie / azioni per la riduzione
	Carenza di personale esclusivamente dedicato

DIAGRAMMA DI GANT													
	Mesi												
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Il progetto ha durata continua, non suddivisibile in azioni mensili													

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
<p>Il progetto ha durata continua; le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico:</p> <p>D.G.R. n. 20-13204 del 08/02/2010, D.G.R. n. 30-866 del 25/10/2010, D.G.R. n. 31-1482 del 11/02/2011, D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012, D.G.R. n. 43-7345 del 31/03/2014, D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014, D.G.R. n. 14-2811 del 18/01/2016, D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021; D.G.R. n. 17-6164 del 07.12.2022; D.G.R. n. 19-6463 del 30.01.2023.</p>			

TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito
Tutto il territorio regionale	Tutto il progetto

LINEA PROGETTUALE	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)	
AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale	
REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Bartolomeo Griglio
	Ruolo e qualifica	Dirigente del Settore "Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare" - Coordinatore PRP
	Recapiti telefonici	011.4321515
	E-mail	sanita.pubblica@regione.piemonte.it
RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 D.D. n. 926 del 30.12.2025 e D.D. n. 233 del 20.04.2026	€ 19.325.867,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

DESCRIZIONE	<p>Il Piano regionale di prevenzione 2020-2025, approvato con DGR n. 16-4469 del 29 dicembre 2021, si compone di 10 programmi predefiniti, indicati dal PNP approvato con Intesa Stato-Regioni 6/08/2020 e s.m.i., e 6 programmi liberi identificati sulla base del profilo di salute ed equità del Piemonte, finalizzati a coprire complessivamente tutti i macro obiettivi e tutti gli obiettivi strategici del PNP.</p> <p>Questi i 16 programmi: PP01 Scuole che promuovono Salute PP02 Comunità attive PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute PP04 Dipendenze PP05 Sicurezza negli ambienti di vita PP06 Piano mirato di prevenzione PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro PP09 Ambiente, clima e salute PP10 Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza PL11 Primi 1000 giorni PL12 Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità PL13 Alimenti e salute PL14 Prevenzione delle malattie infettive PL15 Screening oncologici PL16 Governance del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025</p> <p>La DGR suddetta ha definito inoltre il modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione (CORP) e ha stabilito che ogni anno siano adottati appositi atti di attuazione del PRP a livello regionale e locale.</p> <p>Pertanto, sarà approvata con Determinazione dirigenziale (n. 278/A1409D del 15/05/2025) la programmazione regionale annuale 2025 del PRP.</p> <p>Tale documento risponde alla finalità di declinare operativamente le azioni del PRP e in particolare i risultati attesi per il 2025, attraverso la definizione puntuale delle attività previste a livello regionale e a livello locale. In ogni programma (predefinito e libero) è stato costruito il "quadro logico", ovvero uno schema che collega concettualmente obiettivi, indicatori e relativo valore atteso per l'anno 2025, azioni correlate.</p> <p>In tutti i programmi, ciascuna azione si sviluppa in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - descrizione delle attività previste, a livello regionale e locale; - attori coinvolti, ruoli e responsabilità; - indicatori di programma, relativi agli obiettivi trasversali e specifici, correlati all'azione come evidenziato nel quadro logico. Nel caso dell'azione equity-oriented l'indicatore/i è quello previsto dalla sezione "Monitoraggio dell'azione equity oriented" della relativa azione nel PRP. Laddove possibile, per questi indicatori è stato definito un valore atteso locale, che rappresenta il contributo dell'ASL al raggiungimento del valore atteso regionale; - indicatori di processo, aggiuntivi rispetto agli indicatori di programma, introdotti nel documento di programmazione annuale al fine di tracciare lo sviluppo delle attività in vista del raggiungimento degli obiettivi di programma. <p>In attuazione di quanto disposto dalla DGR del 2021, tutte le ASL dovranno definire la programmazione locale annuale 2025 (PLP) sulla base delle indicazioni contenute nella programmazione annuale. Il PLP costituisce lo strumento di programmazione strategica dell'Azienda sanitaria necessario per coordinare e integrare le attività di prevenzione e promozione della salute a livello territoriale, traducendo i livelli di programmazione nazionale e regionale in concrete risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, con approccio intersettoriale e in ottica One Health. Lo schema per la redazione del PLP prevede in ciascun programma (predefinito e libero):</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'indicazione del referente locale e l'eventuale gruppo di lavoro; - l'analisi di contesto per contestualizzare le azioni rispetto alle peculiarità locali, alla situazione organizzativa e allo stato dell'arte delle attività; - la declinazione locale delle attività previste nel PRP; - la presenza degli indicatori di programma e di processo con il relativo valore atteso locale. <p>Tutte le ASL dovranno redigere i PLP entro il 6/06/2025, i documenti saranno pubblicati sul sito web regionale: https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/piani-locali-prevenzione</p> <p>I risultati delle attività dei PLP saranno rendicontati dalle ASL entro il 28/02/2026.</p> <p>L'attuazione delle azioni del PRP/PLP è inoltre monitorata attraverso incontri periodici dei Referenti regionali di programma, dei Coordinatori locali PLP e dei Referenti locali di programma.</p> <p>Per il contenuto dei programmi del PRP si rinvia alla piattaforma www.pianiregionalidellaprevenzione.it</p> <p>La rendicontazione delle attività svolte nel 2025 e dei valori osservati degli indicatori certificativi dei programmi sarà effettuata sulla medesima piattaforma entro la scadenza prevista dal sistema nazionale di monitoraggio dei PRP, ovvero entro il 31 marzo 2026.</p>
	<p>Inoltre nel 2025 una quota parte è destinata a finanziare attività di supporto al PRP svolte in collaborazione con le Aziende Sanitarie Regionali. Tali attività con i relativi obiettivi sono individuate nell'allegato H alla DD n. 278/A1409D del 15/05/2025 e consistono in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASL Città di Torino: Formazione "Counselling motivazionale breve"; Unplugged; Rete senza fili; Tavolo intersettoriale "Primi 1000 giorni"; - ASL TO3: Piattaforma per la promozione della salute; - ASL TO4: Muovinsieme; - ASL TO5: Formazione "WHP"; - ASL BI: Un patentino per lo smartphone; - ASL NO: Rete WHP Regione Piemonte; - ASL CN1: Coordinamento delle sorveglianze Bambini 0-2, OKkio alla Salute, HBSC; - ASL CN2: Diario di salute; Affy futapericoli; - ASL AL: Piattaforma per la promozione della salute; Coordinamento delle sorveglianze PASSI e Passi d'Argento; - AOU AL: Piattaforma per la promozione della salute.

ULTERIORI INFORMAZIONI SONO DISPONIBILI AL SEGUENTE LINK:

<https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/default.aspx>

LINEA PROGETTUALE	SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE
-------------------	---

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	NETWORK DI SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE
--------------------------------	--

AREA DI INTERVENTO	Tutto il territorio regionale
--------------------	-------------------------------

REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Bartolomeo Griglio
	Ruolo e qualifica	Dirigente del Settore "Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare" - Coordinatore PRP
	Recapiti telefonici	011.4321515
	E-mail	sanita.pubblica@regione.piemonte.it

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 D.D. n. 926 del 30.12.2025 e D.D. n. 233 del 20.04.2026	€ 97.115,00
	Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

DESCRIZIONE	
PREMESSA	<p>L'Accordo Stato-Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021 prevede che per la presente linea progettuale le regioni stipulino appositi accordi di collaborazione con ciascuno dei tre network, per il periodo di vigenza del PRP 2020-2025, al fine di promuovere rapporti stabili di confronto e collaborazione, secondo il modello della stewardship. La funzione di supporto di tali network alle Regioni risponde alle seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fornire alle Regioni strumenti, metodologie, risorse (capacity building) in materia di prevenzione e promozione della salute; • promuovere la genesi, l'aggiornamento e l'utilizzo delle evidenze di efficacia, sostenibilità, equità nei programmi e interventi di prevenzione e promozione della salute; • definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati; • valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti come strumento per la riprogrammazione. <p>Nel 2023 è stato sottoscritto l'accordo di collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) che approva il progetto pluriennale di supporto del Network italiano per l'Evidence Based Prevention (NiEBP) al PRP 2020-2025.</p> <p>Nel 2024 è stato sottoscritto l'accordo di collaborazione con l'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) che approva il progetto pluriennale di supporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) al PRP 2020-2025.</p>

<p>1. Osservatorio Nazionale Screening (ONS)</p>	<p>L'ONS è attivo da oltre 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.</p> <p>L'ONS persegue il compito assegnato dal PNP attraverso le seguenti attività principali:</p> <p>Attività di monitoraggio tramite indicatori per rendicontazione NSG e Adempimenti LEA anche ai fini della certificazione di detti adempimenti per ogni singola regione. Supporto al Ministero e alle Regioni per la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione;</p> <p>produzione di linee di indirizzo che si generano in base alle più recenti evidenze scientifiche, epidemiologiche sui 3 programmi di screening;</p> <p>supporto per la partecipazione alle survey nazionali delle attività dei programmi di screening effettuate negli anni di competenza; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalla Regione e calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute. Supporto alla predisposizione ed evoluzione di applicativi e piattaforme informatiche regionali deputati al monitoraggio e governo degli screening;</p> <p>attività di quality assurance: audit, site visit, attività di affiancamento e tutoraggi per la realizzazione di interventi migliorativi atti ad aumentare la copertura e la promozione della adesione alle 3 campagne di screening;</p> <p>attività di formazione per gli operatori: definizione, sulla base degli specifici fabbisogni, di moduli formativi ad hoc;</p> <p>attività di comunicazione/coinvolgimento degli utenti: produzione di linee di indirizzo e di materiali informativi da parte del Gruppo Interscreening di Comunicazione. Avvio sistemi di comunicazione multicanale e multimediali per favorire la comunicazione e il coinvolgimento attivo nonché la partecipazione ai programmi e alle iniziative;</p> <p>attività e collaborazioni in ambito di stakeholder engagement in termini di supporto alla realizzazione di progetti europei e alla rendicontazione dei bilanci sociali degli screening oncologici organizzati;</p> <p>attività di coordinamento e segretariali a supporto delle attività del Consiglio Direttivo dell'ONS, dei vari gruppi di lavoro interregionali e della gestione delle richieste del Ministero e delle Regioni;</p> <p>gestione del sito dell'ONS con aggiornamento almeno bimestrale dei contenuti e inserimento di documenti, linee di indirizzo, dati e indicatori.</p> <p>L'accordo di collaborazione pluriennale sottoscritto nel 2024 con ISPRO definisce il contributo che l'ONS mette a disposizione della Regione Piemonte a supporto delle attività di implementazione, monitoraggio e valutazione delle azioni incluse nel programma PL15 "Screening oncologici" del PRP 2020-2025. Il progetto include i seguenti obiettivi:</p> <p>monitoraggio e valutazione dei 3 programmi di screening oncologico tramite indicatori per rendicontazione NSG e Adempimenti LEA;</p> <p>supporto per le attività di formazione degli operatori coinvolti nei percorsi di screening a livello regionale;</p> <p>supporto per le attività di comunicazione realizzate a livello regionale e di ASL, finalizzate ad aumentare l'adesione ai 3 programmi di screening oncologico;</p> <p>attività di quality assurance: audit, site visit, attività di affiancamento per la realizzazione di interventi migliorativi atti ad aumentare la copertura e l'adesione alle 3 campagne di screening.</p>
<p>2. Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)</p>	<p>L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) offre un supporto scientifico e organizzativo all'attività dei Registri Tumori accreditati e in attività, promuove la standardizzazione delle regole di registrazione, supporta la formazione continuativa del personale, svolge attività di valutazione della qualità dei dati e di supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale.</p> <p>A partire dal 2019 la banca dati nazionale dei Registri Tumori non è più ospitata presso l'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) della Regione Toscana. Si attende la formalizzazione della nuova collocazione della banca dati e la definizione del progetto che individui le attività di supporto al PRP, da allegare all'accordo di collaborazione.</p>

<p>3. Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)</p>	<p>Il Network Italiano di Evidence-based Prevention (NIEBP) nasce a partire dalla esigenza già espressa nel PNP 2014-2019 di fondare le azioni del Piano Nazionale di Prevenzione su evidenze scientifiche, cioè su prove rigorose di efficacia. Il NIEBP è formato nel 2023 da centri di ricerca e documentazione impegnati nella ricerca e nella implementazione di interventi efficaci (Università del Piemonte Orientale, DORS, CPO Piemonte) ed è coordinato dall'Agenzia Regionale Toscana (ARS). È supportato da un comitato di cui fa parte la rete di "Antenne" regionali.</p> <p>Nel 2023 è stato sottoscritto l'accordo di collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) che approva il progetto pluriennale di supporto del Network italiano per l'Evidence Based Prevention (NiEBP) al PRP per gli anni 2021-2025 (DD n. 2163/A1409C del 18/11/2022, rep. 124 del 28/02/2023).</p> <p>Il progetto allegato all'Accordo prevede i seguenti obiettivi: 1. Fornire supporto alla Regione Piemonte per la pianificazione e valutazione del PRP, sostenendo l'individuazione di interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP. 2. Favorire la formazione dei professionisti inclusi nella rete regionale del PRP (Coordinatori Aziendali e Referenti regionali e aziendali di Programma), sui temi della ricerca di interventi efficaci, la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e la valutazione di trasferibilità ed efficacia degli interventi del PRP con particolare riferimento a quelli inclusi nelle Azioni dei programmi Predefiniti del PRP 2021-2025. 3. Fornire supporto alla Regione Piemonte per il monitoraggio e la valutazione degli interventi inclusi nel PRP 2021-2025. 4. Fornire risposte a quesiti relativi alla efficacia di interventi e strategie preventive attraverso l'elaborazione di revisioni rapide di letteratura (quick review).</p> <p>Per il perseguimento dei suddetti obiettivi il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aggiornamento del sito https://niebp.com, in tutte le sue componenti, le sintesi delle evidenze, il repertorio degli interventi efficaci, il simulatore del Laboratorio di Prevenzione e disseminazione dei contenuti tramite la Newsletter, come strumento di supporto alla costruzione e alla valutazione delle azioni contenute all'interno Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025; 2. definizione di una rete di "Antenne" regionali, che parteciperanno al comitato delle regioni. Le Antenne saranno l'interfaccia fra le regioni e il NIEBP, e il comitato sarà lo strumento per orientare i piani di lavoro verso le esigenze delle regioni; 3. attività di formazione specifica sull'utilizzo delle evidenze contenute all'interno del sito, la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e la valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti; 4. supporto alla identificazione e valutazione di interventi di prevenzione promettenti. L'identificazione degli interventi promettenti avverrà su segnalazione delle regioni e previa condivisione con il Comitato delle regioni. Per gli interventi identificati dal Comitato verrà sviluppato un piano di valutazione coerente con le più rigorose indicazioni della comunità scientifica internazionale, in accordo con la regione proponente. La conduzione della ricerca sarà invece a carico della regione proponente, mentre il NIEBP potrà avere un ruolo di supervisione metodologica; viceversa, se coerente con gli obiettivi del PNP e in accordo con il Comitato delle Regioni, potrà anche essere condotta dal NIEBP; 5. risposta a quesiti relativi alla efficacia di interventi e strategie preventive attraverso l'elaborazione di revisioni rapide di letteratura (quick review).
---	--

ULTERIORI INFORMAZIONI SONO DISPONIBILI AL SEGUENTE LINK:

<https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/default.aspx>

Allegato 3) – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2025

LINEA 5

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

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	TELEMEDICINA
---------------------------------------	---------------------

AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale
---------------------------	-------------------------------

REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Franco Ripa dott. Antonino Ruggeri
	Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari Dirigente Settore Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
	Recapiti telefonici	011.4321515
	E-mail	programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it programmazione.sanitaria@cert.regionepiemonte.it

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 D.D. n. 926 del 30.12.2025 e D.D. n. 233 del 20.04.2026	€ 0,00
Eventuali Risorse Regionali	DGR 4-6815 del 04/05/2023 e rimodulazione delle risorse previste dalla DGR 17-2318 del 20.11.2020 - quote accantonate per futuri utilizzi	3.500.000,00
Risorse PNRR	Risorse PNRR assegnate alla Regione con DM 28/09/2023 (GU n. 271 del 20/11/2023) e trasferite ad Azienda Zero con DGR n. 40-8656 del 27 maggio 2024 e successive rimodulazioni sulle ASR della quota destinata alle Postazioni Di Lavoro	€ 38.888.919,00
Risorse PNRR - DM "Riparto"	Risorse PNRR assegnate alla Regione con DM 19/02/2025 "Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. Servizi di telemedicina" e ripartite ad Azienda Zero e ASR con DGR n. 2-2132-1050 del 30 dicembre 2025	€ 6.812.639,29

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione	Le risorse delle progettualità finalizzate alla gestione e sviluppo di soluzioni di telemedicina sono assegnate in quota maggiore ad Azienda Zero, soggetto delegato da Regione in base all'organizzazione stabilita dalla L.R. n. 26 del 26/10/2021. Oltre a specifiche linee di investimento PNRR sopra menzionate, ricadono in questo ambito risorse regionali non ancora utilizzate da DGR 4-6815 del 04/05/2023.	
Costi gestione progetto		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	Personale ASR	

Disponibili	Risorse ex L. n. 77/2020, art. 1 del (fondi Covid ex "decreto Rilancio" per potenziamento attività territoriali)
-------------	--

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc	<p>La DGR n. 6-1613 del 3 luglio 2020 della Regione Piemonte ha disciplinato la prima attivazione dei servizi di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza, riconoscendo la tele visita come modalità ordinaria di erogazione, equiparata alla visita in presenza sotto il profilo prescrittivo, tariffario e remunerativo, nonché la sua integrazione nei sistemi CUP e nei flussi di rendicontazione (flusso C). La DGR ha inoltre favorito la sperimentazione di ulteriori servizi di telemedicina (teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza, teleriabilitazione), definendo una cornice di utilizzo prevalentemente orientata alla continuità assistenziale e al follow-up di pazienti già in carico al SSR, in coerenza con le indicazioni nazionali maturate nel contesto dell'emergenza COVID-19.</p> <p>In continuità con tale percorso, la Missione 6 del PNRR – Componente M6C1 - 1.2.3.2 "Servizi di telemedicina", promuove il passaggio da esperienze eterogenee e sperimentali a una adozione strutturale e sistemica della telemedicina come parte integrante dell'assistenza territoriale. L'obiettivo è migliorare qualità, accessibilità e tempestività delle cure, riducendo i divari territoriali e garantendo interoperabilità, sicurezza e omogeneità dei servizi sull'intero territorio regionale.</p> <p>In tale contesto si collocano i modelli e percorsi di cura elaborati da gruppi clinici multispecialistici sulla base dei modelli orientativi redatti da Agenas, che costituiscono il riferimento nazionale per l'organizzazione dei servizi di telemedicina, definendo requisiti comuni in termini di governance, integrazione nei percorsi clinico-assistenziali, utilizzo dei sistemi informativi sanitari, ruoli degli attori coinvolti e criteri di appropriatezza clinica. L'allineamento tra normativa regionale e nazionale, indirizzi Agenas e investimenti PNRR consente di consolidare la telemedicina come componente strutturale dei modelli assistenziali del SSR, pienamente integrata nei processi di presa in carico e continuità delle cure.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
Eventuali Risorse Regionali	01/01/2023	31/12/2023	Si
Risorse PNRR	04.06.2024	31.12.2026	SI
Risorse PNRR - DM "Riparto"	data inizio PNRR	Scadenza PNRR	

OBIETTIVO GENERALE	<p>Risorse Regionali: Risorse che possono essere destinate alla realizzazione del Centro Servizi Regionale per la gestione del primo livello di assistenza al cittadino sui servizi di telemedicina.</p> <p>PNRR: Realizzazione dei servizi minimi di telemedicina (tele visita, teleassistenza, telemonitoraggio di 1° e 2° livello e teleconsulto) a supporto dei pazienti fragili e affetti da malattie croniche. L'erogazione dei servizi minimi di telemedicina è resa possibile tramite l'implementazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) e la fornitura delle Postazioni di Lavoro destinate all'erogazione dei servizi.</p> <p>PNRR DM "Riparto": ripartizione delle risorse residue per l'implementazione delle integrazioni locali e regionali con la IRT e la fornitura di dispositivi medici destinati al telemonitoraggio di 1° livello.</p>
---------------------------	---

OBIETTIVI SPECIFICI	1. Monitorare lo stato di attuazione del progetto
	2. Controllo sullo stato di avanzamento del progetto in riferimento ai target ministeriali PNRR
	3. Definizione di modelli Percorsi Clinici Diagnostico-Organizzativi (PCDO)
	4. Assistenza applicativa al cittadino tramite l'implementazione del Centro Servizi

RISULTATI ATTESI	
A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	appropriatezza della presa in carico del paziente; spostamento del baricentro assistenziale verso l'assistenza territoriale e di prossimità; miglioramento degli esiti in termini di benessere, di prevenzione e di tutela della salute della popolazione.
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	consolidamento della sanità d'iniziativa fondata sull'approccio multiprofessionale e multifunzionale per il trattamento delle patologie croniche in un ambito il più prossimo al cittadino e alla comunità locale, attraverso la rete delle strutture di comunità.

PUNTI DI FORZA

Indicare punti di forza	Dall'approccio monoprofessionale e frammentato per singoli interventi non sempre fra loro coordinati, alla multiprofessionalità nella presa in carico del problema di salute e nella gestione dei relativi percorsi, al fine di fornire risposte complessive ed integrate da parte del sistema sanitario territoriale, in continuità con quello ospedaliero da un lato e con l'area socio-sanitaria dall'altro.
Approccio attraverso un sistema di coinvolgimento dei professionisti	

PUNTI DI DEBOLEZZA

Indicare punti di debolezza	Criticità connesse alla progressiva riduzione di personale medico, soprattutto in alcune discipline di specializzazione ed in medicina generale; analogamente, progressiva diminuzione del personale infermieristico nel SSR nell'ultimo decennio, destinato a generare una problema di carenza di organico, soprattutto in prospettiva dell'applicazione del modello ex PNRR sull'assistenza territoriale. Difficoltà ad implementare le cure domiciliari per carenza progressiva di personale dedicato.
Carenza di sistemi di valutazione per le attività territoriali	

DIAGRAMMA DI GANTT

Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Monitorare lo stato di attuazione del progetto												
2. Controllo sullo stato di avanzamento del progetto in riferimento ai target ministeriali PNRR												
3. Definizione di modelli Percorsi Clinici Diagnostici-Organizzativi (PCDO)												
4. Assistenza applicativa al cittadino tramite l'implementazione del Centro Servizi												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO

Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1. Governance del progetto PNRR 2. Coordinamento e monitoraggio dei servizi di telemedicina erogati 3. Proposte di evoluzione del modello organizzativo di telemedicina 4. Definizione del modello di governance dell'assistenza al cittadino in merito all'erogazione di servizi di telemedicina	Realizzazione dei servizi minimi di telemedicina (televisita, teleassistenza, telemonitoraggio di 1° e 2° livello e teleconsulto) a supporto dei pazienti fragili e affetti da malattie croniche. L'erogazione dei servizi minimi di telemedicina avviene tramite l'implementazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT) e la realizzazione di tutte le attività ancillari (fornitura delle PDL, realizzazione delle integrazioni con applicativi locali e regionali, realizzazione del centro servizi, ...).	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio sul progetto rispetto alle milestone PNRR • numero di prestazioni di telemedicina erogate • definizione di modelli di erogazione dei servizi di telemedicina in Piemonte

TRASFERIBILITÀ Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito

Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto può essere implementato in ogni Azienda Sanitaria del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni
Progetto o parte del progetto che può essere trasferito	Ogni parte del progetto può essere trasferita nelle Aziende Sanitarie del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni

Allegato 3) – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2025
LINEA 6

LINEA PROGETTUALE	REALIZZAZIONE DEL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117	
AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale	
REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Franco Ripa
	Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari
	Recapiti telefonici	011.4321515
	E-mail	programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it

**RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO
MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE**

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 26-801 del 17.02.2025 D.D. n. 926 del 30.12.2025 e D.D. n. 233 del 20.04.2026	€ 0,00
Eventuali Risorse Regionali	Quota di riparto del FSR a Azienda zero	4.122.479,31

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		
Costi gestione progetto		Le risorse sono assegnate ad Azienda Zero, in base all'organizzazione stabilita dalla L.R. n. 26 del 26/10/2021 in attuazione al Piano di attività presentato.
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	Personale ASR	
Da acquisire	Risorse ex L. n. 77/2020, art. 1 del (fondi Covid ex "decreto Rilancio" per potenziamento attività territoriali)	

**ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO
DI RIFERIMENTO**

**Se pertinente riportare dati
epidemiologici, di attività, ecc**

Il Numero Unico 116117 continua la sua attività in aderenza a quanto disposto dall'Accordo Stato Regioni recepito con D.G.R. n. 33-5087 del 22 maggio 2017 coerentemente con le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117"- A seguito di presentazione al Ministero della Salute del "documento tecnico operativo per la realizzazione e il funzionamento del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117" (Determinazioni n° 531 del 5 luglio 2019) la Regione Piemonte ha ottenuto l' autorizzazione ad utilizzare la numerazione nella fase sperimentale(nota Ministero della Salute 21348 del 19/07/2019)A far data dal 21 novembre 2019 il Servizio NEA 116117 è stato progressivamente attivato su tutto il territorio regionale .In linea con quanto previsto in Regione Piemonte sono state istituite 4 centrali operative incardinate presso le Aziende sanitarie capofila di quadrante (ASL Città di Torino, ASL NO, ASL CN1, ASL AL L' attività è incentrata prioritariamente al supporto della funzione di Continuità Assistenziale attraverso il meccanismo di contatto tra cittadino e medico di postazione con personale laico e contestuale effetto filtro per chiamate non appropriate. Il servizio è comunque attivo h 24 continuano le attività diurne sperimentali in alcune centrali riguardano il supporto informativo per attività vaccinale, la scelta e revoca del medico, screening (gestione agende), trasporti secondari, attività informativa generica con passaggio della chiamata su altri servizi. E' definitivamente operativo il modello di interfaccia tra Centrali Operative 118 e il servizio NEA 116117. Con determina 1 dell 08/01/2025 è stata ribadita l'integrazione con le COT nel momento in cui la CUA NEA 116117 dovrà segnalare alla COT competente per territorio i bisogni espressi dal cittadino in merito alla integrazione socio-sanitaria di particolare complessità. La segnalazione alla COT dei casi pervenuti al 116117 che evidenziano un bisogno sociale e sanitario da parte di soggetti fragili, che necessita di una valutazione e presa in carico, è finalizzata ad indirizzare l'utente al servizio che meglio risponde al bisogno manifestato. Il numero di chiamate totali nell'anno 2025 è stato di 858.974, di cui inoltrate 693.673 Il tempo medio di risposta da parte degli operatori delle Centrali NEA 116117 è stato nell' anno 2025 di 139 secondi.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	21/11/2019	31/12/2025	Sì

OBIETTIVO GENERALE	L' obiettivo generale è quello di garantire a tutti i cittadini nelle 24 ore „risposte a tutte le chiamate legate a cure non urgenti, anche di carattere informativo; funziona da raccordo con il servizio di continuità assistenziale nel trasferimento delle chiamate al medico di postazione.
---------------------------	--

OBIETTIVI SPECIFICI	- prima fase avvio su tutto il territorio della funzione h24 in particolare per la funzione di Continuità Assistenziale attraverso il meccanismo di contatto tra cittadino e medico di postazione
	- seconda fase: attivazione modello di interfaccia tra Centrali Operative 118 e il servizio NEA 116117.
	- attivazione sperimentale su attività informativa diurna

RISULTATI ATTESI	
A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	- miglioramento sul tempo di risposta per le chiamate ricevute da parte degli operatori agendo direttamente sulle cause di rallentamento
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	- implementazione delle attività informative diurne e consolidamento delle sperimentazioni attuate da alcune Centrali; - avvio sistema di interfaccia con le COT a livello sperimentale-

PUNTI DI FORZA	
Indicare punti di forza	<p>Unico numero per la popolazione per ogni tipo di informazione sanitaria e socio sanitaria e per l'attivazione dei percorsi di presa in carico multidisciplinari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unica porta di accesso ed interfaccia telefonica dei cittadini, facilitazione nell'accesso ai servizi • Garantisce una copertura continuativa 24/24 h • Le CUA condividono procedure (es: procedura di vicariamento delle sedi, procedura di trasferimento chiamata al Medico di postazione di continuità Assistenziale) e lavorano in maniera omogenea e standardizzata
Approccio attraverso un sistema di coinvolgimento dei professionisti	

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare punti di debolezza	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa conoscenza delle potenzialità e del funzionamento della CUA da parte dei cittadini • Resistenza al cambiamento
Carenza di sistemi di valutazione per le attività territoriali	

DIAGRAMMA DI GANTT												
	Mesi											
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Migliorare tempistiche di risposta operatori												
2. Rafforzare attività informativa diurna												
3. Monitorare lo stato di attuazione												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO							
	<table border="1"> <tr> <td>Azioni</td> <td>Breve descrizione dei contenuti</td> <td>Indicatori di verifica</td> </tr> <tr> <td>Monitoraggio del servizio NEA 116117 – relativamente alla risposta al cittadino</td> <td>Mantenimento e rafforzamento del servizio offerto dalle CUA 116117</td> <td>- Tempi di risposta - Numero di chiamate in coda</td> </tr> </table>	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica	Monitoraggio del servizio NEA 116117 – relativamente alla risposta al cittadino	Mantenimento e rafforzamento del servizio offerto dalle CUA 116117	- Tempi di risposta - Numero di chiamate in coda
Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica					
Monitoraggio del servizio NEA 116117 – relativamente alla risposta al cittadino	Mantenimento e rafforzamento del servizio offerto dalle CUA 116117	- Tempi di risposta - Numero di chiamate in coda					

TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Già attivo su tutto il territorio regionale
Progetto o parte del progetto che può essere trasferito	Il progetto può essere trasferito ad altre Regioni

ALLEGATO 4)

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2024

LINEA PROGETTUALE 1: PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ.

Obiettivo Generale del Progetto:

Sviluppare il piano della cronicità nelle Aziende Sanitarie, ai fini della presa in carico appropriata e secondo percorsi omogenei sul territorio regionale.

Obiettivi specifici:

1. Monitorare lo stato di attuazione della rete delle Case della Salute, contestualmente alla programmazione delle Case della Comunità
2. Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa
3. Consolidare l'attività di riabilitazione domiciliare
4. Promozione rete dei tumori rari

RELAZIONE RISULTATI RAGGIUNTI 2024

AZIONE n. 1)

Le Case della Salute e la transizione verso il modello della Casa della Comunità: monitoraggio al 31.12.2024.

La rete regionale conta, alla data del 31.12.2024 n. 67 CS, dislocate su ciascuno dei 32 Distretti delle 12 ASL piemontesi, nell'ambito di strutture in prevalenza di proprietà ASL (50 su 67) o di proprietà di Enti locali (14) o di soggetti privati o Fondazioni (3).

Le suddette 67 CS includono 9 CSDI (Centri servizi distrettuali integrati), nati dalla sperimentazione delle strutture di prossimità avviata con la D.G.R. n. 18-4873 del 31.3.2022 e s.m.i., in attuazione dell'art. 4 bis della L. n. 77/2020 e tuttora operativi in tutto o in parte.

Nel corso del 2024, nell'ambito del percorso di attuazione del D.M. n. 77 del 23.5.2022, recepito dalla D.C.R. n. 257-25346 del 20.12.2022 e monitorato semestralmente da Agenas sia a livello regionale che aziendale, la rete regionale delle Case della Salute, nata dalla sperimentazione di cui alla D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016, è stata gradualmente orientata nella direzione del modello delle Case di Comunità (CdC) delineato dalla predetto Regolamento ministeriale.

Di conseguenza alla fine del 2024 la rete delle 67 CS sul territorio regionale risulta così articolata:

- n. 29 CS in avanzata fase di riconversione gestionale in CdC finanziate con fondi strutturali ex PNRR o extra PNRR, ai sensi della D.C.R. n. 192-3824 del 22.2.2022: tali strutture sono considerate come "già attive" nella tipologia CdC nell'ambito del monitoraggio semestrale Agenas alla data del 31.12.2024;
- n. 16 CS (inclusi n. 3 CSDI) per le quali è in fase di sviluppo il progetto strutturale di riconversione in CdC ai sensi della sopra citata deliberazione regionale ma non ancora configurabili come tali, sia sotto l'aspetto strutturale che organizzativo-gestionale;

- n. 22 CS per le quali non è previsto un progetto PNRR di trasformazione in CdC e che proseguono l'attività nell'ambito della rete spoke (inclusi n. 13 ambulatori della salute dell'ASL CN1)

AZIONE 2)

Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa

La rete regionale dei Nuclei di continuità delle cure ospedale-territorio, nella tipologia ospedaliera (NOCC) e distrettuale (NDCC), avviata con la D.G.R. 28 marzo 2012, n. 27-3628, che per oltre un decennio ha razionalizzato il sistema piemontese relativo ai percorsi integrati di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi di tipo sanitario e socio-sanitario, è stata progressivamente riconvertita, nel corso del 2024, nell'ambito del modello delle Centrali Operative Territoriali così come delineate dal D.M. 77/2022, le quali hanno sostanzialmente assorbito le funzioni, le attività e le risorse già facenti capo ai NDCC presenti nelle Aziende Sanitarie Locali e relativi Distretti.

Il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) continua quindi a garantire la funzione presso i Presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Regionali, interfacciandosi con la Centrale Operativa Territoriale che ha la funzione trasversale di garantire il percorso del paziente nell'ambito della rete dei servizi sanitari e socio-sanitarie, dal domicilio all'ospedale e viceversa, nella fase post dimissioni dai reparti ospedalieri o PS: per svolgere tale compito interagisce, tramite idoneo sistema informatizzato per l'interoperabilità, con tutti i servizi e strutture competenti e/o coinvolte in relazione al percorso di continuità assistenziale del paziente, ivi compresi i NOCC per quanto attiene al livello ospedaliero.

Nell'ambito del sistema di continuità assistenziale garantito dal SSR, ai fini della valutazione delle situazioni di non autosufficienza e disabilità, operante presso ciascun distretto sanitario/CdC le Unità di Valutazione geriatrica (UVG) le Unità di valutazione multidisciplinare della disabilità (UMVD) e le Unità di valutazione minori (UVM), la cui distribuzione sul territorio piemontese è così rappresentata:

- ASL Città di Torino – unica UVG e unica UMVD (adulti e minori) che operano trasversalmente sui 4 distretti;
- ASL TO3 – 5 UVG – 5 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL TO4 - 5 UVG – 5 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL TO5 - 4 UVG – 4 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL BI – 2 UVG una per ogni distretto – 1 UMVD sia adulti che minori che opera trasversalmente sui 2 distretti;
- ASL CN1 - 4 UVG – 4 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL CN2 - 2 UVG – 2 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL NO - 3 UVG – 3 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL AT - 3 UVG – 3 UMVD sia adulti che minori una per ogni ambito in cui è stato scomposto il distretto unico aziendale;
- ASL AL - 4 UVG – 4 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL VCO - 1 UVG – 1 UMVD sia adulti che minori per distretto unico;
- ASL VC - 2 UVG – 2 UMVD sia adulti che minori su un distretto unico.

Tutti i percorsi avviati e ricondotti ai diversi setting di cura residenziali extraospedalieri (Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria - CAVS, residenzialità socio-sanitaria, residenzialità temporanea in RSA ex DGR 72-14420 del 2004 e ex DGR 10-5445 del 2022, nonché Cure domiciliari e Cure domiciliari palliative - art. 22 e 23 del DPCM del 12.1.2017) sono presi in carico dal punto di vista organizzativo dalla COT di residenza dell'utente.

I seguenti dati, tratti dal flusso FAR-SIAD che raccoglie le informazioni dei nuclei che ospitano le tipologie di servizi di cui sopra, con riferimento all'anno 2024, possono essere utili a illustrare il sistema:

setting "CAVS" – giornate di assistenza erogate **245.017**, per un totale di posti letto equivalenti di **671** (permanenza massima 60 gg);

- setting "RSA e altre residenzialità socio-sanitarie" – giornate di assistenza erogate **5.567.112**, per un totale di posti letto equivalenti di **15.252**;

- setting "Continuità delle cure con residenzialità temporanea in RSA" – giornate di assistenza erogate **219.786** per un totale di posti letto equivalenti (permanenza massima 60 gg) di **602**.

E' da sottolineare che, per quanto riguarda la residenzialità temporanea in RSA e CAVS, nel corso dell'anno 2024 è proseguito il percorso avviato con la D.G.R. 22 luglio 2022, n. 10-5445 con la quale è stato implementato il percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili, dimessi dall'Ospedale verso assistenza domiciliare in RSA.

In continuità con quanto realizzato con la D.G.R. 9 aprile 2021, n. 23-3080, questo strumento ha permesso di:

- uniformare le prese in carico, contribuendo a ridurre il sovraffollamento dei PS e le forme inappropriate di ricovero ospedaliero e migliorando l'appropriatezza degli interventi e l'utilizzo razionale delle risorse del Servizio Sanitario Regionale;

- garantire sull'intero territorio regionale la continuità assistenziale agli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e alle persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente verso le Strutture territoriali;

· integrare le attuali risorse che assicurano il percorso di continuità ospedale-territorio, secondo un modello di presa in carico globale, che favorisca il benessere del paziente e della famiglia con la ricerca del setting più adeguato alla gestione del caso.

Il consolidamento a regime delle Centrali Operative Territoriali (COT) dal 30.6.2024.

Il modello regionale della COT, sperimentato in alcune ASL "pilota" con la D.D. n. 906 del 27.5.2022 (To 3 – NO – CN2 – Città di Torino) è stata avviata su tutto il territorio nel corso del 2024 e la rete COT è stata certificata ai sensi della procedura PNRR entro il 30.6.2026.

Il modello organizzativo regionale, già adottato nei progetti pilota, configura la COT quale funzione organizzativa per la presa in carico della persona e per il raccordo/connessione fra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale, con l'obiettivo di assicurare ed ottimizzare l'accessibilità, la continuità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Come sopra citato, sono state pertanto ricondotte alle COT le funzioni già svolte dai NDCC e le relative risorse assegnate, considerato che le prime assumono, ampliandolo ed uniformandolo, lo stesso ruolo già svolto dai secondi: ovvero garantire la continuità delle cure e dell'assistenza attraverso un servizio rivolto prevalentemente agli operatori sanitari e socio-sanitari che intende realizzare in forma sistematica l'interfaccia fra i servizi territoriali, quelli ospedalieri e la rete dell'emergenza-urgenza.

Con la D.C.R. n. 257-25346/2022, di recepimento ed attuazione del D.M. n. 77/2022, il modello della COT delineato dalla D.D. n. 906/2022 è stato consolidato a regime quale modello organizzativo regionale di riferimento per l'attivazione di tutte le COT realizzate con finanziamenti PNRR (rif. D.C.R. n. 199-3824/2022): in totale n. 43 COT.

Alla data del 31.12.2024 le COT attive e funzionanti sul territorio regionale, inclusi i suddetti cinque progetti pilota avviati dal 2022, sono tutte le n. 43, come previste dalla D.C.R. n. 199-3824/2022, delle quali n. 36 attive nelle sedi definitive ex PNRR e le altre n. 7 funzionamenti presso sedi provvisorie in attesa del completamento delle opere di ristrutturazione/adeguamento delle sedi definitive individuate nei progettazioni PNRR.

I pazienti presi in carico ed indirizzati nei rispettivi percorsi di cura e assistenziali SSR nel corso del 2024 sono stati complessivamente n. 121.162.

AZIONE 3)

Riabilitazione domiciliare

La D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019 “*D.P.C.M 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i..*”, ha introdotto tra le tipologie di Cure Domiciliari: quella riabilitativa, già in essere in precedenza ma non codificata, istituendo la tipologia del Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all’intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori.

Il provvedimento ha definito i destinatari delle Cure riabilitative domiciliari, i criteri di eleggibilità, i setting di provenienza, le scale di valutazione per la presa in carico e le figure professionali.

L’anno 2024 ha registrato 5.176 prese in carico per il SRD, sostanzialmente in linea con le prese in carico 2023, a fronte di un totale di 246.277 prese in carico complessive per l’assistenza domiciliare nelle diverse tipologie (ADI, SID, ADP, ecc). Pertanto le prese in carico domiciliari per le cure riabilitative (adulti e minori) sono il 2% rispetto a tutte le prestazioni erogate a domicilio.

AZIONE 4)

Promozione rete dei tumori rari.

Con specifico riferimento alla “Promozione di rete nazionale per i tumori rari e la Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative”, il progetto ha previsto quanto segue:

“Punto 4. . Promuovere l’identificazione e l’attività dei centri di riferimento della Rete regionale dei Tumori Rari, nell’ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta”.

Già con D.G.R. n. 51-2485 del 23.11.2015 sono stati identificati i Centri Hub della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta, anche con riferimento alle patologie oncologiche rare.

In seguito, con D.G.R. n. 41-1525 del 12.06.2020 è stata recepita 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 per la realizzazione della Rete Nazionale dei Tumori Rari (RNTR); il recepimento dell’aggiornamento dell’Intesa suddetta è stato oggetto di specifica istruttoria ai fini della formalizzazione con atto di Giunta.

Nell’ambito del mandato della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d’Aosta è compito degli organismi competenti della Rete stessa il monitoraggio delle attività dei centri di riferimento della Rete regionale dei Tumori Rari, che è proseguito regolarmente nel corso dell’anno.

Inoltre, è proseguita l’attività della Biobanca (Presidi ospedalieri Regina Margherita e Sant’Anna di Torino), per la raccolta di tessuto ovarico, o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative.

SCHEMA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2024			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE 1	Percorso Diagnostico e Terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità.	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Sviluppare il piano della cronicità nelle Aziende Sanitarie, ai fini della presa in carico appropriata e secondo percorsi omogenei sul territorio regionale.	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		01.01.2024	31.12.2024
			Data presentazione risultati
			31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi di PSN	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 46.390.224
	Eventuali risorse regionali	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
6	Monitorare lo stato di attuazione della rete delle Case della Salute	- Indirizzo e monitoraggio del percorso di attivazione delle CdC sulla base degli standard ex DM 77/2022, attraverso la riconversione l'adeguamento al nuovo modello organizzativo delle Case della Salute (CS) sperimentate ai sensi della DGR n. 3-4287 del 29.11.2016; - monitoraggio semestrale degli standard organizzativi e gestionali delle CdC in corso di attivazione e delle rimanenti CS, delle relative sedi definitive e provvisorie e delle modalità operative fondate sulla multiprofessionalità e multifunzionalità nella presa in carico e nella risposta ai bisogni a bassa complessiva/intensità dei pazienti, in larga parte affetti da patologie croniche, che non necessitano di un accesso/intervento a livello ospedaliero; - adozione D.D. n.976 del 23.12.2024 e segg. di impegno e assegnazione alle ASL dei finanziamenti vincolati e destinati alle CdC dal D.M. 23.12.2022	territoriale
	Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa	- Indirizzo e monitoraggio del percorso di attivazione delle COT sulla base degli standard ex DM 77/2022 e del modello organizzativo sperimentato	territoriale/ospedaliero
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
			1. Case della Salute: n. 67 attive al 31.12.2024, nelle tipologie: strutturale, funzionale, strutturale-funzionale. Tot. Personale nelle stesse operante (o collegato funzionalmente): n. 838 unità, articolate prioritariamente nelle seguenti figure professionali: infermieri/IFoC, MMG/PLS, medici specialisti, personale dell'area sanitaria non medica, socio-sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa. 2. CSDI: n. 10 strutture attive. Tot. personale CSDI: 434 unità, ivi compreso il personale dell'area socio-assistenziale (MMG/PDLS in prevalenza collegati in rete) 3. CdC: n. 29 strutture attive su 91 previste ai sensi della DCR 199-3824/2022: tutte attivate a seguito della progressiva transizione dal preesistente modello CS nella stessa sede.
			1. <u>Continuità assistenziale.</u> N. pazienti seguiti nel 2024 (dati FAR-SIAD): n. 671 nel setteng CAVS; n.15252 in residenzialità socio-sanitaria; n. 602 in RSA.

		<p>con i progetti pilota ex DD n. 906/2022;</p> <p>- Monitoraggio semestrale degli standard organizzativi e gestionali delle COT in corso di attivazione, delle relative sedi definitive e provvisorie e delle modalità operative fondate sull'interrelazione delle stesse con tutti i servizi/strutture territoriali ed ospedalieri competenti rispetto ai percorsi di cura sanitari e socio-sanitari dei pazienti presi in carico;</p> <p>- Adozione D.D. n.976 del 23.12.2024 e segg. di impegno e assegnazione alle ASL dei finanziamenti vincolati e destinati alle COT dal D.M. 23.12.2022</p>		<p><u>2. Attivazione COT.</u></p> <p>N. 43 COT attivate, delle quali n. 37 nelle sedi previste dai progetti ex PNRR e n.7 operative in sedi provvisorie, in attesa del completamento delle opere strutturali nelle sedi definitive.</p> <p>Orari funzionamento: da 8 a 12 ore giornaliere; standard personale assegnato in linea con i riferimenti ex DM 77/2022;</p> <p>N. 121.162 pazienti presi in carico e indirizzati nel percorso di salute prescritto nell'ambito del SSR e/o servizi accreditati.</p>
	Consolidare l'attività di riabilitazione domiciliare	<p>Tramite il Portale regionale FARSIAD-RP sono proseguite le metodologie di rilevazione puntuale delle Prese in Carico in Cure Riabilitative Domiciliari (SRDRRF adulti e SRD-NPI minori) effettuate dai Servizi di Cure Domiciliari delle ASL.: in particolare sono stati rilevati i criteri di eleggibilità, i setting di provenienza, le scale di valutazione per la presa in carico e le figure professionali impiegate nel servizio.</p>	territoriale	<p>L'anno 2024 ha registrato 5.176 prese in carico per il SRD a fronte di un totale di 246.277 prese in carico complessive per l'assistenza domiciliare nelle diverse tipologie.</p> <p>N. 5136: prese in carico SRD Adulti</p> <p>N. 40: prese in carico SRD minori</p> <p>Pertanto le prese in carico domiciliari per le cure riabilitative (adulti e minori) sono il 2% rispetto a tutte le prestazioni di cure domiciliari erogate a domicilio.</p>
	Promozione rete dei tumori rari	<p>- Proseguimento attività regionale finalizzata a promuovere l'identificazione e le funzioni svolte dai centri di riferimento della Rete regionale dei Tumori Rari, nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta;</p> <p>- nell'ambito del mandato della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, gli organismi competenti della Rete stessa hanno effettuato il monitoraggio delle attività dei centri di riferimento della Rete regionale dei Tumori Rari, che è proseguito regolarmente nel corso dell'anno (rif. D.G.R. n. 51-2485 del 23.11.2015 e D.G.R. n. 41-1525 del 12.06.2020);</p> <p>- proseguimento dell'attività della Biobanca (Presidi ospedalieri Regina Margherita e Sant'Anna di Torino), per la raccolta di tessuto ovarico, o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative.</p>	territoriale/ ospedaliero	<p>Il totale dei pz. affetti da tumori rari presi in carico nel 2024 è di n. 2817, così suddivisi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tumori solidi adulto: 293 - tumori oncoematologici: 2213 - tumori pediatrici (solidi ed ematologici): 311. <p>(Fonte: Flusso SDO, estratto da CSI-Piemonte)</p>
TRASFERIBILITA'				
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto è stato implementato in ogni Azienda Sanitaria della Regione Piemonte		
CRITICITA' RILEVATE				
8	CRITICITA' RILEVATE	Rete delle Case della Salute e Case della Comunità: criticità nel coinvolgimento MMG e PDLS e rispettive forme associative nell'operatività all'interno delle strutture distrettuali CS/CdC. Meno critico il		

	<p>collegamento funzionale degli stessi operanti nei rispettivi studi sul territorio. 2. Carenze nel reperimento di figure professionali infermieristiche e IFoC. Ancora in fase di implementazione la procedura di interfaccia per garantire l'interoperabilità delle COT con la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari delle ASL/AO/AOU</p>
--	---

LINEA PROGETTUALE 2: PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Obiettivo Generale del Progetto:

Sviluppo delle azioni di umanizzazione con particolare riferimento all'empowerment dei pazienti.

Obiettivi specifici:

5. Migliorare la qualità delle cure attraverso la definizione di nuovi modelli di presa in carico con la collaborazione del malato/famigliari
6. Definire, con il contributo di operatori sanitari e malati/famigliari, pratiche e strumenti per la valutazione "precoce" del paziente che garantiscano il buon esito del percorso assistenziale
7. Coinvolgere i cittadini nelle diverse fasi di erogazione dell'assistenza
8. Migliorare gli esiti dei percorsi assistenziali

RELAZIONE RISULTATI RAGGIUNTI 2024

AZIONE n. 1)

a) Valutazione dei modelli organizzativi implementati nelle strutture sanitari

E' stata avviata la valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero sotto il profilo dell'umanizzazione, allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni di salute della collettività attraverso la partecipazione diretta dei cittadini secondo i principi dell'empowerment.

A tal fine è stata pianificata l'attività attraverso l'implementazione di un apparato teorico e metodologico per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti con la partecipazione dei cittadini (definizione del concetto di umanizzazione, individuazione degli indicatori, definizione del processo di coinvolgimento dei cittadini).

E' stato quindi definito - a livello regionale, in modalità condivisa con le Associazioni rappresentative dei cittadini e con la collaborazione di Agenas - uno specifico strumento di rilevazione che stabilisce l'apparato tecnico e metodologico per la valutazione partecipata. Lo strumento di rilevazione, in particolare, si è posto i seguenti obiettivi: mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione che, attraverso una rilevazione periodica assicuri la disponibilità di informazioni per supportare le azioni di ASR, Regione ed Organizzazioni dei cittadini

AZIONE 2)

b) Individuazione punti critici

Lo strumento di rilevazione, previa formazione di operatori e cittadini, è stato sottoposto alle ASR allo scopo di analizzare i processi, rilevare le criticità e definire le azioni di miglioramento finalizzate ad impostare i correttivi necessari. Le attività di valutazione - e le eventuali criticità riscontrate in sede di compilazione della check list - sono state anche rilevate nell'ambito del Diario di bordo, messo a disposizione delle aziende. La check list di analisi è stata articolata in 4 Aree: Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura; Accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza; Assistenza Ospedaliera Territoriale, FSE e Consenso Informato; 10 Sotto-Aree: Impegno per la non- discriminazione culturale, etnica, religiosa; Accessibilità fisica; Reparti di degenza "a misura d'uomo"; Comfort generale della struttura; Semplificazione delle procedure; Agevolazione dell'accesso alle informazioni e trasparenza; Gestione del dolore in ospedale; Passaggio Ospedale-Territorio; Fascicolo Sanitario Elettronico; Consenso informato; ed 11 criteri, per complessivi n. 33 item su cui si è basata la valutazione partecipata. Per la valutazione in ciascuna Azienda è stato attivato un gruppo misto multidisciplinare che si occupa dei progetti di empowerment che attraverso

incontri con i rappresentanti dei Cittadini ha proceduto alle analisi, rilevazioni e audit necessari alla compilazione della Check List.

AZIONE 3)

b) Definizione delle azioni di miglioramento

All'esito della rilevazione le ASR hanno individuato gli item risultati critici nell'ambito della valutazione partecipata rispetto ai quali sono state definite, sempre secondo il modello dell'empowerment - in modalità partecipata operatori sanitari/rappresentanza cittadini - le azioni correttive nell'ambito "Piano di miglioramento" secondo il modello regionale trasmesso.

AZIONE 4)

b) Messa in atto delle azioni di miglioramento

Il Piano di miglioramento ha previsto la classificazione delle azioni correttive in relazione ai tempi necessari per l'implementazione (azioni a breve, a medio ed a lungo termine) al fine di definire un cronoprogramma delle attività utile per le successive attività di monitoraggio. Ogni Azienda – attraverso le equipe miste operatori sanitari/cittadini - ha, pertanto, definito, nell'ambito del Piano di miglioramento, il cronoprogramma delle azioni correttivi ed avviato le azioni di monitoraggio al fine di controllare il rispetto dei termini previsti per la relativa implementazione.

SCHEMA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2024			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE 2	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Sviluppo delle azioni di umanizzazione con particolare riferimento all'empowerment dei pazienti	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		01.01.2024	31.12.2024
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi di PSN	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 270.000,00
	Eventuali risorse regionali	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
	Pianificazione	E' stata pianificata l'attività per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti con la partecipazione dei cittadini (definizione del concetto di umanizzazione, individuazione degli indicatori, definizione del processo di coinvolgimento dei cittadini). E' stato definito - a livello regionale, in modalità condivisa con le Associazioni rappresentative dei cittadini e con la collaborazione di Agenas – uno specifico strumento di rilevazione che stabilisce l'apparato tecnico e metodologico per la valutazione partecipata.	strutture di ricovero
	Individuazione punti critici	Analisi dei processi da parte delle equipe miste territoriali in ciascuna ASR finalizzata a rilevare le criticità e definire le azioni di miglioramento per impostare i correttivi necessari. Le attività di valutazione – e le eventuali criticità riscontrate in sede di compilazione della check list - sono state anche rilevate nell'ambito del Diario di bordo, messo a disposizione delle aziende.	strutture di ricovero
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
			Definizione da parte regionale della Check List per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture sanitarie
			Ogni ASR ha realizzato la rilevazione attraverso la compilazione della check list attraverso l'equipe mista operatori/cittadini secondo il modello dell'empowerment

	Definizione e messa in atto delle azioni di miglioramento / Implementazione	All'esito della rilevazione sono stati individuati gli item critici rispetto ai quali l'equipe mista territoriale di ciascuna ASR ha definito le azioni correttive nel "Piano di miglioramento" secondo il modello regionale trasmesso. Nel piano le azioni sono state classificate in relazione ai tempi necessari per la relativa implementazione (azioni a breve, a medio ed a lungo termine) al fine di definire un cronoprogramma delle attività utile per le successive attività di monitoraggio	strutture di ricovero E' stato predisposto il Piano di miglioramento da parte delle ASR rispetto agli item critici ed è stato definito il cronoprogramma delle azioni di miglioramento
TRASFERIBILITA'			
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto è stato implementato in ogni Azienda Sanitaria della Regione Piemonte	
8	CRITICITA' RILEVATE	Principale punto di debolezza rilevato è stato l'assenza di una rete di cittadini già formata sui diversi e percorsi assistenziali	

LINEA PROGETTUALE 3. COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Ambito di intervento 1

COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

Il progetto ha previsto quanto segue:

Proseguo dell'attuazione del disposto della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, 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 Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle 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.

Attuazione del disposto della D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 di recepimento degli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.07.2020 e n. 30/CSR del 25.03.2021 e di approvazione procedimento per l'accreditamento e coordinamento regionale delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per pazienti adulti e pediatrici.

Gli Accordi sopra citati definiscono i contenuti di accreditamento delle reti in argomento, volti alla qualificazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, adulti ed in età evolutiva, candidabili alle cure palliative ed alla terapia del dolore, inserendo il processo nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate e prevedendo altresì l'attivazione di un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato negli Accordi medesimi.

In specifico si è valutato che la necessità di accreditamento delle reti previsto dagli Accordi di cui ai paragrafi precedenti comporta la revisione degli assetti e degli organismi di coordinamento delle reti di cui trattasi, implicando anche una nuova visione dei rapporti professionali che consentirà di sperimentare una strategia di integrazione coordinata tra staff di medici, infermieri e operatori di aziende e di enti diversi, regolata da un protocollo per accessi appropriati e pienamente rispondenti al bisogno di cura, nell'ottica della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Inoltre, l'integrazione delle responsabilità ed anche di tutte le risorse disponibili, sia a livello ospedaliero, sia territoriale è la condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, garantendo un ottimale utilizzo delle risorse.

Con specifico riferimento alla rete regionale di terapia del dolore, si è previsto di proseguire nel lavoro, in particolare sui seguenti ambiti:

- individuazione dei criteri e dei requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture eroganti terapia del dolore, al fine dell'accreditamento della rete;
- aggiornamento delle linee guida e dei PSDTA sulla terapia del dolore;
- programmazione ed attuazione di corsi di formazione e di aggiornamento per tutto il personale operante in terapia del dolore.

Nel corso dell'anno sono, inoltre, state monitorate tutte le attività della Rete regionale, sulla base degli specifici indicatori di processo e di risultato.

1	REGIONE	PIEMONTE		
2	LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA		
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	3A.COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE		
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura	Data presentazione risultati
		2010	MAI	
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE				
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo	
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 4.449.541,00	
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL.	€ 0,00	
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI				
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
6	Gennaio/Dicembre	Proseguo dell'attuazione del disposto della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, 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 Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle 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.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Formalizzazione degli atti normativi di riferimento
	Gennaio/Dicembre	Attuazione del disposto della D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 di recepimento degli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.07.2020 e n. 30/CSR del 25.03.2021 e di approvazione procedimento per l'accreditamento e coordinamento regionale delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per pazienti adulti e pediatrici.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Formalizzazione degli atti normativi di riferimento
	Gennaio/Dicembre	- individuazione dei criteri e dei requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture eroganti cure palliative e terapia del dolore per il paziente pediatrico, al fine dell'accreditamento della rete;	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Attuazione dell'istruttoria per l'identificazione dei criteri e dei requisiti

	Gennaio/Dicembre	- aggiornamento delle linee guida e dei PSDTA sulla terapia del dolore, specificamente sul dolore oncologico e sul low back pain;	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Attuazione dell'istruttoria per l'aggiornamento dei PSDTA
	Gennaio/Dicembre	- programmazione di corsi di formazione e di aggiornamento per tutto il personale operante in terapia del dolore	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Svolgimento corsi di formazione
TRASFERIBILITA'				
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto è attuato su tutto il territorio regionale		
CRITICITA' RILEVATE				
8	Necessità di riorganizzazione e riorientamento dei percorsi organizzativi aziendali, in un'ottica di potenziamento del raccordo ospedale-territorio per la continuità della presa in carico dei pazienti			

Ambito di intervento 2

SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Il progetto ha previsto quanto segue:

Proseguo dell'attività dell'hospice pediatrico, istituito presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita ed autorizzato al funzionamento sin dal 2019, con D.D. n. 202 del 19.03.2019 (la tariffa di ricovero in hospice è stata approvata dalla Giunta regionale con propria deliberazione n. 40-8426 del 15.02.2019) ed è stato implementato il raccordo con i servizi territoriali e domiciliari nell'ambito della rete in argomento.

Attuazione del disposto della D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 di recepimento degli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.07.2020 e n. 30/CSR del 25.03.2021 e di approvazione procedimento per l'accreditamento e coordinamento regionale delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per pazienti adulti e pediatrici.

Gli Accordi sopra citati definiscono i contenuti di accreditamento delle reti in argomento, volti alla qualificazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, adulti ed in età evolutiva, candidabili alle cure palliative ed alla terapia del dolore, inserendo il processo nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate e prevedendo altresì l'attivazione di un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato negli Accordi medesimi.

In specifico si è valutato che la necessità di accreditamento delle reti previsto dagli Accordi di cui ai paragrafi precedenti comporta la revisione degli assetti e degli organismi di coordinamento delle reti di cui trattasi, implicando anche una nuova visione dei rapporti professionali che consentirà di sperimentare una strategia di integrazione coordinata tra staff di medici, infermieri e operatori di aziende e di enti diversi, regolata da un protocollo per accessi appropriati e pienamente rispondenti al bisogno di cura, nell'ottica della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Inoltre, l'integrazione delle responsabilità ed anche di tutte le risorse disponibili, sia a livello ospedaliero, sia territoriale è la condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, garantendo un ottimale utilizzo delle risorse.

Con specifico riferimento alla rete regionale di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente in età pediatrica, si è previsto di proseguire nel lavoro, in particolare sui seguenti ambiti:

- individuazione dei criteri e dei requisiti specifici per l'accREDITamento delle strutture eroganti cure palliative e terapia del dolore per il paziente pediatrico, al fine dell'accREDITamento della rete;
- aggiornamento delle linee guida e dei PSDTA sulle cure palliative e sulla terapia del dolore in età pediatrica;
- programmazione ed attuazione di corsi di formazione e di aggiornamento per tutto il personale operante in cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica.

Nel corso dell'anno sono, inoltre, state monitorate tutte le attività della Rete regionale, sulla base degli specifici indicatori di processo e di risultato.

1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	3B. SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		2010	na
			Data presentazione risultati
			31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 4.449.541,00
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL.	€ 0,00
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
6	Gennaio/Dicembre	Prosieguo dell'attuazione del disposto della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, 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 Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle 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.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura
	Gennaio/Dicembre	Attuazione del disposto della D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 di recepimento degli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.07.2020 e n. 30/CSR del 25.03.2021 e di approvazione procedimento per l'accreditamento e coordinamento regionale delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per pazienti adulti e pediatrici.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura
			Formalizzazione degli atti normativi di riferimento
			Formalizzazione degli atti normativi di riferimento

	Gennaio/Dicembre	- individuazione dei criteri e dei requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture eroganti cure palliative e terapia del dolore per il paziente pediatrico, al fine dell'accreditamento della rete;	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Attuazione dell'istruttoria per l'identificazione dei criteri e dei requisiti
	Gennaio/Dicembre	- aggiornamento delle linee guida e dei PSDTA sulla terapia del dolore, specificamente sul dolore oncologico e sul low back pain;	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Attuazione dell'istruttoria per l'aggiornamento dei PSDTA
	Gennaio/Dicembre	- programmazione di corsi di formazione e di aggiornamento per tutto il personale operante in terapia del dolore	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Svolgimento corsi di formazione
TRASFERIBILITA'				
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto è attuato su tutto il territorio regionale		
CRITICITA' RILEVATE				
8	Necessità di riorganizzazione e riorientamento dei percorsi organizzativi aziendali, in un'ottica di potenziamento del raccordo ospedale-territorio per la continuità della presa in carico dei pazienti			

LINEA PROGETTUALE 4: PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

TITOLO DEL PROGETTO: PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE (PNP)

Obiettivo Generale del Progetto:

Attuazione del Piano regionale di prevenzione 2020-2025 (PRP) approvato con DGR n. 16-4469 del 29 dicembre 2021.

Obiettivi specifici:

Obiettivi previsti dai programmi nei quali si articola il PRP.

Per il contenuto dei programmi del PRP si rinvia alla piattaforma www.pianiregionalidellaprevenzione.it

RELAZIONE RISULTATI RAGGIUNTI 2024

La rendicontazione delle attività svolte nel 2024 e dei valori osservati degli indicatori certificativi dei programmi PRP è stata effettuata a marzo 2025 tramite la piattaforma dedicata, secondo il cronoprogramma definito dal percorso di monitoraggio e valutazione dei Piani regionali della prevenzione.

Con nota prot. 0014707-27/05/2025-DGPRES-MDS-P del 23/05/2025, il Ministero della Salute ha comunicato l'esito della valutazione effettuata, attestando che la Regione Piemonte ha rispettato la tempistica e i criteri previsti per la rendicontazione e ha altresì raggiunto il valore atteso degli indicatori certificativi nella misura prevista per l'anno 2024, esprimendo parere positivo in merito alla certificazione del PRP per le finalità di verifica adempimenti LEA.

Si riporta di seguito la sintesi descrittiva dei risultati raggiunti nei programmi PRP.

PP1 Scuole che promuovono salute

Nel 2024 è proseguito il consolidamento della rete delle Scuole che Promuovono Salute. Per accompagnare l'adesione delle scuole piemontesi alla Rete delle Scuole che promuovono salute sono stati proposti momenti formativi congiunti agli operatori sanitari, insegnanti e dirigenti scolastici. Tra gli argomenti affrontati, il documento "Criteri di qualità per i progetti di promozione della salute", elaborato dal Gruppo Tecnico Regionale paritetico (Regione Piemonte-Ufficio Scolastico Regionale) che illustra i criteri che contraddistinguono i progetti di qualità per la promozione della salute nel mondo scolastico.

Tutte le ASL hanno caricato nella banca dati ProSa i progetti a Catalogo del 2024. In alcuni territori si sono consolidati i tavoli di lavoro costituiti con enti e associazioni del terzo settore e il mondo del volontariato per rispondere ai diversi bisogni delle scuole, altrove si è iniziato a lavorare a tavoli intersettoriali per definire progetti di qualità da inserire nel catalogo locale. Per l'anno scolastico 2024/2025, ogni catalogo locale delle offerte formative è stato messo a disposizione sui siti aziendali, sulla pagina dedicata del sito web regionale e dell'Ufficio Scolastico Regionale. Nel 2024 la percentuale di istituti coinvolti negli interventi proposti dalle ASL è stata dell'84%, in particolare la percentuale di istituti coinvolti negli interventi di Buone Pratiche Raccomandate è del 52%; la percentuale di istituti che aderiscono alla rete SHE è del 57%; il numero di studenti coinvolti negli interventi è di circa 208.000 unità. I principali temi di salute affrontati sono stati: consumi e comportamenti a rischio; alimentazione; salute mentale e benessere psicofisico; sessualità; lifeskills; attività fisica.

PP2 Comunità Attive

Nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra Assessorato regionale alla Sanità e ANCI Piemonte siglato nel 2023, sul tema della promozione di Comunità attive, sono stati realizzati momenti di co-progettazione che hanno prodotto un piano formativo biennale rivolto agli Amministratori Locali, che insieme alle ASL sono invitati a riflettere sulla replicabilità di alcune pratiche promettenti, già realizzate per la promozione dell'attività fisica. Il primo momento formativo è stato un webinar realizzato il 5 dicembre 2024, finalizzato a presentare gli obiettivi del Programma 2 e le Azioni previste. Le altre fasi del percorso formativo prevedono 3 Laboratori territoriali e un Convegno regionale che si realizzeranno nel corso del 2025. È proseguita la mappatura dei Comuni attivi, ovvero che hanno realizzato modifiche ambientali e strutturali per favorire l'attività fisica, o hanno avviato progetti specifici per promuovere l'attività fisica in tutte le fasce di età della popolazione. Nel 2024 il 49% dei Comuni piemontesi è risultato un Comune Attivo. La mappatura dei Gruppi di cammino georeferenziata è consultabile sulla Home page della Banca dati ProSa (<https://www.retepromozionesalute.it/index.php>), curata dal Centro di Documentazione regionale per la promozione della salute DoRS. Il trend dei Gruppi di Cammino avviati a livello piemontese misura 205 Gruppi nel 2022, 292 Gruppi nel 2023 e 371 Gruppi nel 2024. Il numero di persone coinvolte è passato da 8158 nel 2023 a 11.143 nel 2024.

PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute

La Comunità di Pratica regionale WHP (Work Health Promotion) ha garantito il coordinamento delle attività e il supporto alle aziende aderenti alla Rete WHP Regione Piemonte. È stato attivato il corso FAD WHP base in 2 edizioni, proposto ai referenti WHP aziendali e altre figure del gruppo WHP aziendale. Nel 2024 si sono iscritti 323 operatori, dei quali 266 hanno concluso il percorso e ottenuto l'attestato. Sono stati completati i corsi FAD avanzati su alimentazione e contrasto al fumo di tabacco che saranno erogati nel 2025. Inoltre, con 2 edizioni, è continuata la proposta del corso FAD finalizzato a migliorare le competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita dei lavoratori (counselling motivazionale breve) al quale hanno partecipato 150 professionisti di cui 79 hanno completato il corso.

Nel 2024 hanno aderito alle Reti WHP locali, in 11 ASL su 12, 151 aziende per un totale di 31.019 lavoratori coinvolti, oltre alle 12 ASL piemontesi e una Azienda Ospedaliera. Le aziende che hanno ottenuto il riconoscimento di 'Luogo di lavoro che promuove salute', per il 2024, sono state 106.

In occasione della Settimana europea per la sicurezza e la salute sul lavoro 2024 sono state avviate diverse azioni di comunicazione coordinate a livello regionale: Dors ha tradotto e messo a disposizione il "Decalogo dell'azienda che promuove salute". Si è svolto il 25 ottobre 2024 un evento regionale con i referenti ASL del PP3 e i componenti del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 DLgs 81/2008 dal titolo "La tutela della salute e sicurezza sul lavoro in Regione Piemonte", nel quale sono stati presentati i risultati del primo anno di sperimentazione della Rete WHP Regione Piemonte. Tutte le ASL hanno realizzato iniziative di comunicazione ispirate ai principi del marketing sociale.

PP4 Dipendenze

La Regione Piemonte ha mantenuto attivi più di cento progetti di prevenzione. È proseguita la collaborazione e la coprogettazione delle attività del CAPS - Centro di attività di Promozione della Salute sito a Torino, punto di riferimento regionale per attività di prevenzione e promozione della salute sui temi del gioco d'azzardo, alcol e tecnologie, spazio di confronto tra operatori sulle buone pratiche, luogo di incontro per eventi e formazione a valenza regionale, archivio documentazione e audiovisivi. Sono stati realizzati due percorsi formativi per gli operatori: "Valutazione dei progetti di Prevenzione delle Dipendenze. Approcci, metodi, strumenti", formazione sul campo "Costruzione partecipata di un repertorio di strumenti di valutazione". Inoltre, in tema di contrasto del gioco d'azzardo, nell'ambito della campagna di comunicazione "Non è un bel gioco", avviata a marzo 2023, sono stati realizzati eventi divulgativi e infopreventivi presso i Comuni della Regione Piemonte ed è proseguita l'attività d'informazione, di consulenza e di invio ai servizi di cura attraverso il sito dedicato, il numero verde e sui social media. In tutte le ASL sono state realizzate altre iniziative di sensibilizzazione (eventi, pubblicazioni di materiale informativo e divulgativo, ecc.) in occasione delle giornate tematiche internazionali (Alcol Prevention Day, Giornata Mondiale senza Tabacco, Giornata Mondiale contro l'AIDS, Giornata internazionale di sensibilizzazione sull'Overdose).

PP5 Sicurezza negli ambienti di vita

Sono stati messi a punto materiali informativi sui temi del programma: flyer sull'uso improprio degli psicofarmaci da distribuire ai frequentatori del mondo della notte, materiale informativo su uso di alcol e psicofarmaci e ritiro patenti in accordo con le prefetture e le medicine legali. Il gruppo di lavoro ha partecipato alla costruzione del corso regionale per mobility manager nel modulo relativo alla salute e stili di vita. Dal 2024 sono disponibili i dati della sorveglianza Passi d'Argento, ed è stato possibile valutare la prevalenza delle cadute nelle persone anziane a livello regionale. Questo consentirà di fare una valutazione di impatto sull'azione che vede i diversi territori impegnati nella prevenzione di tali eventi avversi.

PP6,7,8 Lavoro e salute

Nel 2024 è stato convocato due volte il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 DLgs 81/2008 (CRC) (22 maggio e 25 ottobre); in tali occasioni sono state definite e concordate le linee strategiche legate alle attività dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP), e presentati i risultati delle attività svolte. Sono proseguiti gli incontri dei Gruppi di lavoro Tematici dei PMP. Il Gruppo di Medicina del lavoro ha definito indicazioni omogenee per la sorveglianza sanitaria relativa ai PMP, sulla base delle quali le ASL hanno avviato l'attività di vigilanza sulle imprese che, seppur invitate, non hanno aderito ai Piani Mirati di Prevenzione. Ciascun Gruppo di lavoro Tematico ha organizzato un corso di formazione webinar, diretto agli operatori dello SPreSAL, finalizzato a fornire indicazioni per l'attività di vigilanza nell'ambito dei PMP.

Sono state avviate iniziative di comunicazione: in occasione della Settimana Europea per la Sicurezza e la Salute sul lavoro sono stati organizzati interventi informativi sui PMP, un incontro del CRC in presenza, campagne informative sul sito regionale, eventi sul territorio delle ASL.

I gruppi edilizia e agricoltura / selvicoltura hanno contribuito alla realizzazione dei Piani regionali legati ai due comparti, sulla base delle indicazioni di livello nazionale. Le principali tematiche affrontate sono state la sicurezza dei lavoratori che operano su funi, in alternativa alle tecniche di lavoro tradizionali, la caduta dall'alto dei ponteggi e dei lavoratori che utilizzano dispositivi ed attrezzature di sollevamento. L'attività di vigilanza è stata coordinata nell'ambito degli Organismi Provinciali di Vigilanza presenti su tutti i territori. Negli ultimi anni in questi settori, in particolare dell'edilizia, si è fatto ricorso alla manodopera straniera e prevale il lavoro autonomo; l'attuale ripresa delle attività legata anche al sistema degli incentivi economici rende più urgenti gli interventi di prevenzione e controllo. Nel settore agricolo si è assistito ad una notevole riduzione del numero delle aziende anche se questo non ha comportato una riduzione significativa delle superfici agricole utilizzate.

PP9 Ambiente, clima e salute

Il Settore regionale ha partecipato a diversi tavoli nazionali per la gestione del finanziamento del Piano Nazionale Complementare (PNC) al PNRR connesso al funzionamento dell'SRPS. L'adattamento dell'ambiente urbano ai cambiamenti climatici ha costituito il tema guida del progetto europeo interreg "SuPerBE" di cui la Regione Piemonte è partner. Sono proseguite le collaborazioni con altre Direzioni regionali (Ambiente, Energia e Territorio e Opere Pubbliche, Difesa del Suolo, Protezione Civile, Trasporti e Logistica) in un'ottica di integrazione multidisciplinare. È proseguita e si è consolidata anche la cooperazione con ARPA e con IZS per l'elaborazione delle linee di indirizzo per la valutazione della salutogenicità degli ambienti urbani, per lo sviluppo di strumenti tecnici utili a favorire la condivisione di informazioni disponibili tra gli Enti e per fornire supporto sugli studi e le azioni di monitoraggio condotti relativamente agli impatti del polo chimico di Spinetta Marengo. Con ARPA sono stati realizzati anche momenti di confronto legati al monitoraggio dei PFAS nelle acque potabili e di approvvigionamento che hanno coinvolto sia le ASL che i gestori della rete idropotabile.

A livello regionale sono stati organizzati diversi momenti formativi sulle tematiche REACH-CLP e cosmetici, sulle linee di indirizzo e criteri regionali per l'applicazione della Valutazione di Impatto Sanitario, sull'Health Equity Audit applicato ai PLP. Il Settore ha collaborato con il Mobility Manager regionale per un modulo formativo inerente la tematica "salute e mobilità" nell'ambito del corso rivolto ai Mobility Manager di scuole e aziende del territorio. Nell'ambito delle tematiche REACH-CLP e sicurezza dei prodotti cosmetici le ASL hanno svolto le attività di campionamento e controllo programmate. È proseguita la collaborazione con la Direzione Ambiente per l'aggiornamento del Piano regionale amianto. A partire dal documento "Protocollo internazionale SNTool a scala urbana", il gruppo di lavoro composto da IISBE Italia, Ordini professionali, ASL e ARPA ha proseguito il confronto per la scelta degli indicatori utili a delineare il profilo di esposizione ai determinanti di contesto e il livello di deprivazione e ha revisionato una prima

versione delle linee di indirizzo per l'espressione di pareri sulle VAS, sperimentate nel 2024 sul territorio dell'ASL TO4, in occasione dell'aggiornamento del PRGC della Città di Chivasso. È proseguita la collaborazione con la Direzione Ambiente per iniziative di sensibilizzazione sul tema radon e per la predisposizione di materiale informativo, a seguito di aggiornamento della mappatura. In tema di acque potabili, il Sistema Informativo Unificato Regionale è stato oggetto di aggiornamento anche al fine di renderlo interoperabile con il sistema nazionale ANTEA. È stata garantita la partecipazione ai lavori del Tavolo regionale di Pilotaggio di accompagnamento alla realizzazione della VIS per la tratta ferroviaria AV Torino-Lione. È proseguito il progetto nazionale "Aria outdoor e salute. Un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca". Il gruppo di lavoro PP9 ha collaborato a iniziative e campagne informative regionali su qualità dell'aria (progetto Life Prepair), mobilità sostenibile, rifiuti, spreco alimentare, radon.

PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

Nel 2024 sono state attuate le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo definite dal PRP e dagli indicatori GLICA. È proseguita l'attività di integrazione tra obiettivi GLICA (Gruppo di lavoro regionale per la sorveglianza, la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza), Piano AMR, PNP/PRP sia a livello regionale che aziendale. È stata garantita la partecipazione alle indagini di prevalenza puntuale nazionali (programmazione ECDC). La rete dei laboratori di microbiologia ha partecipato alla sorveglianza degli isolamenti dai laboratori, allargamento/consolidamento della sorveglianza AR-ISS nazionale con conseguente avvio della sorveglianza informatizzata piemontese. Sono proseguiti gli interventi per lo sviluppo delle attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e contrasto alle AMR nelle strutture di ricovero e più in generale rivolte ai servizi del territorio e alla popolazione. Il PNCAR (2022-2025) prevede l'inserimento nel Gruppo tecnico regionale di referenti esperti in materia ambientale, pertanto con la DD n. 298 del 30.04.2024 è stato istituito il Gruppo Tecnico Multidisciplinare di coordinamento e monitoraggio del Piano e della Strategia di contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (AMR) a livello regionale con funzioni di prevenzione e controllo delle ICA (Gruppo AMR – GLICA).

PL11 Primi 1000 giorni

È proseguito anche nel 2024 il lavoro del tavolo intersettoriale e interdirezionale "Primi mille giorni" avviato nel 2021, che vede la partecipazione delle Direzioni regionali Sanità, Welfare, Agricoltura, Ambiente, Istruzione, Cultura. In particolare il lavoro si è concentrato sulla definizione del progetto "Nati con la natura" finalizzato a favorire il contatto con l'ambiente naturale nei primi mille giorni. Sono stati coinvolti i Centri Famiglie e gli enti gestori dei Parchi e aree protette nella definizione dei bisogni formativi dei vari attori coinvolti e nella messa a punto dei requisiti minimi delle iniziative correlate al progetto. Inoltre è stata data visibilità ai temi del progetto attraverso la partecipazione alla "Festa della nascita" di Venaria con uno spazio dedicato. È stata implementata una pagina dedicata del sito web regionale.

È stato erogato il corso FAD "Accrescere le competenze genitoriali su alcuni determinanti della salute dei bambini". I tavoli intersettoriali sui primi 1000 giorni di vita attivati a livello locale si sono sviluppati attraverso un lavoro coordinato tra diversi attori del settore sanitario, sociale, educativo e ambientale, coinvolgendo esperti, istituzioni e organizzazioni per sviluppare strategie integrate. Le attività dei tavoli hanno riguardato la definizione di politiche e programmi, la diffusione di buone pratiche, il miglioramento della comunicazione tra i servizi e la sensibilizzazione della comunità sull'importanza di questa fase cruciale della vita. Per la settimana mondiale dell'allattamento materno è stata data visibilità sul sito regionale alla campagna mondiale e alle molteplici iniziative locali. È proseguita l'attività del Coordinamento regionale dei Consulenti, con la messa a punto del Profilo assistenziale per il bilancio di salute preconcezionale e le Raccomandazioni di buone pratiche.

PL12 Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità

È proseguita l'attività del Coordinamento intersettoriale Prevenzione-Cronicità, per creare sinergie per la promozione di comportamenti salutari nelle persone sane e malate e attivare interventi di promozione e prevenzione nei percorsi di salute diagnostico terapeutico assistenziali (PSDTA) per le persone già affette da patologia. È proseguita con una buona partecipazione l'offerta formativa sul tema del counselling motivazionale breve. I due corsi in modalità blended proposti, per i professionisti della salute e per i professionisti dei luoghi di lavoro, hanno permesso di formare nel 2024 331 professionisti. Inoltre è stata avviata la sperimentazione nella prevenzione oncologica destinata ai Medici di Medicina generale in

formazione: hanno concluso il corso 90 partecipanti. L'azione relativa alla promozione della salute del personale sanitario si sta nel tempo coniugando a livello locale con l'attività del gruppo aziendale WHP, presente in ogni ASL. A livello regionale, e nelle Aziende che vi aderiscono, si è consolidata la collaborazione con la Rete HPH Piemonte per iniziative di studio, confronto e comunicazione su temi che hanno ricaduta sia sulla salute del personale che dei cittadini.

PL13 Alimenti e salute

Sono state diffuse e applicate le nuove proposte operative per la ristorazione collettiva scolastica (asili nido, scuole dell'infanzia, scuola primaria e secondaria), ospedaliera e assistenziale, che, pur mantenendo il focus sugli aspetti nutrizionali, grazie all'interdisciplinarietà dei gruppi di lavoro, includono tematiche relative alla sicurezza alimentare, alla disciplina dei capitolati di appalto, ai requisiti applicabili a prodotti e servizi e alla riduzione dello spreco alimentare. Sono stati realizzati due corsi di formazione accreditati sui temi dello spreco alimentare che hanno coinvolto complessivamente 153 operatori ASL. È proseguito il progetto regionale per la protezione dei soggetti affetti da celiachia che ha previsto la realizzazione di corsi di formazione teorico-pratici per ristoratori/albergatori e laboratori artigianali, nonché corsi per centri cottura e punti di distribuzione nell'ambito della ristorazione collettiva. È stato realizzato un programma di comunicazione diretto al consumatore finalizzato a promuovere capacità di scelta e comportamenti alimentari favorevoli alla salute (World Obesity Day 04/03/2024). Sono stati elaborati i dati raccolti dall'indagine conoscitiva sulla percezione del rischio nutrizionale da parte dei consumatori.

È stato raggiunto l'obiettivo regionale di aumentare il numero di plessi che insistono in "aree di azione per la salute" raggiunti da specifici progetti di promozione di sane abitudini alimentari. Gli istituti sono stati selezionati utilizzando lo strumento HAZ che permette di selezionare le zone di azione per la salute individuate attraverso la combinazione di una serie di indici di deprivazione (fragilità culturale, carenza di lavoro, carenza di reddito, fragilità delle relazioni sociali). È stata realizzata nel 2024 l'indagine conoscitiva per acquisire le informazioni di dettaglio relative alle modalità di gestione ed erogazione del servizio di ristorazione scolastica, i cui risultati saranno elaborati nel 2025. I SIAN hanno dato attuazione al programma regionale di sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva, attraverso la predisposizione e somministrazione, in occasione delle visite ispettive, di una check-list di autovalutazione del rischio nutrizionale.

PL14 Prevenzione delle malattie infettive

Sono proseguite le attività di aggiornamento e coordinamento della capacità di preparazione (preparedness) alle emergenze infettive e di monitoraggio del piano pandemico, sia a livello regionale che a livello ASL, in base alle indicazioni ministeriali. Tutte le ASL hanno identificato e formalizzato il gruppo aziendale per le emergenze sanitarie. Tutte le ASL hanno inoltre garantito il corretto flusso informativo tramite la gestione del sistema PreMal per le notifiche di malattia infettiva e anche tramite le ulteriori piattaforme dedicate alle malattie sottoposte a sorveglianza speciale (piattaforma MABI, SEIEVA, Sorveglianza Integrata Morbillo e Rosolia, Pertosse, Legionella, Malaria, Influenza, Infezioni di classe I, PFA). È stata realizzata la formazione per gli operatori sanitari sugli argomenti principali che riguardano le emergenze infettive, la piattaforma Premal, le malattie emergenti e riemergenti, cui hanno partecipato tutte le ASL. La collaborazione con i SerD ha permesso di migliorare la promozione dei test di screening gratuiti per le infezioni a trasmissione sessuale (IST) alle popolazioni target e l'adozione omogenea dei protocolli già previsti. Le indicazioni AIFA sulla distribuzione della PrEP continuano ad essere seguite e monitorate. È proseguita l'attività di comunicazione su vaccinazioni, emergenze e malattie infettive prioritarie, con il coordinamento della Regione per le campagne di comunicazione sulle vaccinazioni, in particolare la campagna per la vaccinazione antinfluenzale, le vaccinazioni pediatriche e le vaccinazioni agli adulti con patologia.

PL15 Screening oncologici

Nel 2024 è stato raggiunto l'obiettivo regionale di copertura da invito per i tre screening: tumore della mammella (copertura inviti: 101%), tumore della cervice uterina (copertura inviti: 105%) e tumore colon-retto (copertura inviti: 110%).

Non è invece stato raggiunto l'obiettivo regionale relativo alla copertura da esami del 2024: tumore della mammella (copertura esami: 54,3%), tumore della cervice uterina (copertura esami: 41,7%) e tumore del colon-retto (38,7%). La copertura da esami per il 2024 è in generale risultata bassa, in particolare se

confrontata all'attività pre-pandemia. Questa flessione di attività, dovuta anche ad un calo di partecipazione ai programmi, è pesantemente condizionata dalla riduzione di attività in alcune aree della regione (principalmente dovute a carenza di personale nei Servizi), che continuano a pesare in modo determinante sul raggiungimento dell'obiettivo regionale. Durante tutto il 2024 sono stati utilizzati, dai diversi Programmi, in diversi periodi e iniziative (es: Ottobre Rosa, ecc.) i materiali della nuova campagna di comunicazione regionale di "Prevenzione Serena" rivolta alla popolazione. Il 9 dicembre 2024 si è svolto il workshop regionale dedicati agli operatori dei tre programmi di screening oncologici regionali.

PL16 Governance del Piano Regionale di Prevenzione

Sono proseguite le attività per la promozione di comunità attive nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra Assessorato regionale alla Sanità e ANCI Piemonte siglato nel 2023. È proseguita la collaborazione instaurata nell'ambito del protocollo di collaborazione "Scuole che promuovono salute". Con il Piano formativo 2024 del PRP si è cercato di orientare e coordinare le iniziative di formazione, rispondere ai bisogni formativi, presentare le opportunità formative disponibili nei diversi programmi del PRP. Sono stati proposti alcuni eventi formativi finalizzati a sostenere le competenze trasversali degli operatori impegnati nell'attuazione del Piano. La strategia di comunicazione è stata aggiornata nel Piano di comunicazione 2024 e condivisa con i referenti comunicazione e Coordinatori PLP delle ASL. È stato organizzato un Laboratorio, in collaborazione con Dors e il Centro Steadycam, finalizzato a favorire negli operatori una comunicazione dei temi di salute più consapevole e attenta ai canali di diffusione (digitali e non) e ai linguaggi utilizzati. Il gruppo HEA (health equity audit) ha utilizzato anche nel 2024 la checklist di autovalutazione come strumento di monitoraggio dell'avanzamento del percorso HEA. Sono state realizzate la 2° edizione del percorso formativo sul ciclo HEA e un webinar di benchmarking di alcune azioni equity oriented dei Programmi del Piano, sul tema dell'intersettorialità.

È proseguito il monitoraggio PRP attraverso la definizione della programmazione annuale regionale e locale e mediante l'utilizzo del cruscotto informatico. Sono state avviate le attività preliminari per la raccolta dati per la Sorveglianza 0-2 che sarà realizzata nei mesi aprile-settembre 2025. Sono proseguite le sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento in tutte le ASL, che hanno realizzato rispettivamente 3312 interviste, pari al 100% dell'atteso annuo, e 2487 interviste pari al 104% dell'atteso annuo.

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2024			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE 4	Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Piano regionale di prevenzione	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		01.01.2024	31.12.2024
			Data presentazione risultati
			31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITÀ REPERIMENTO RISORSE			
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
5	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 19.319.098,00
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	---	€ 0,00
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	Il monitoraggio degli indicatori del PRP è effettuato dal Ministero della Salute tramite la piattaforma dedicata www.pianiregionalidellaprevenzione.it		
TRASFERIBILITÀ			
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il PRP è implementato in tutte le Aziende Sanitarie Locali del Piemonte	
8	CRITICITÀ RILEVATE	...	

TITOLO DEL PROGETTO: ATTIVITÀ DEI NETWORK NAZIONALI A SUPPORTO DEL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

Il Network Italiano di Evidence-based Prevention nasce a partire dall'esigenza di fondare le azioni del Piano Nazionale di Prevenzione su evidenze scientifiche, cioè su prove rigorose di efficacia. Il NIEBP è formato da centri di ricerca e documentazione impegnati nella ricerca e nell'implementazione di interventi efficaci (Università del Piemonte Orientale, DORS, CPO Piemonte), cui si sono aggiunti AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, ed è coordinato dall'Agenzia Regionale Toscana (ARS). È supportato da un comitato di cui fa parte una rete di "Antenne" regionali. Il NIEBP persegue il compito assegnato dal PNP di rafforzare la base di evidenze dei programmi dei PRP attraverso:

- La selezione di interventi dotati di prove di efficacia a partire dalla letteratura scientifica e la disseminazione degli stessi sotto forma di schede che ne riassumono le caratteristiche, la loro efficacia e, per un sottogruppo di questi, l'analisi del rapporto costo efficacia.
- Il supporto alla valutazione di interventi elaborati dalle regioni e che, per le loro caratteristiche di qualità, sono considerati promettenti. Questa azione mira ad aumentare la disponibilità di interventi efficaci elaborati e valutati in Italia, e quindi più facili da proporre.

Nel corso dell'anno si sono svolte cinque riunioni del NIEBP, che riunisce referenti istituzionali, esperti e operatori impegnati nella promozione della salute e nella prevenzione basata su evidenze delle regioni che hanno stipulato l'accordo di collaborazione con il network. Le attività hanno riguardato il confronto su approcci metodologici per la progettazione, implementazione e valutazione di interventi di prevenzione, l'analisi critica delle evidenze disponibili a supporto delle azioni preventive nei diversi ambiti (stili di vita, salute mentale, malattie croniche) e la condivisione di esperienze territoriali. Ulteriori temi affrontati hanno incluso l'utilizzo di indicatori di esito e di processo, il ruolo degli strumenti di sintesi delle evidenze (linee guida, raccomandazioni, revisioni sistematiche) e le strategie per il rafforzamento della capacità valutativa dei servizi di prevenzione e l'organizzazione ed il funzionamento del network stesso.

Obiettivo 1: aggiornamento del sito www.niebp.com. per la consultazione della matrice delle evidenze aggiornate ed orientate a rispondere alla costruzione e alla valutazione delle azioni contenute all'interno Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025

Dal 1 gennaio 2024 sono state inserite 36 nuove schede di sintesi all'interno del sito web www.niebp.com. Alla data del 31/12/2024 dunque il repertorio contiene 149 sintesi di revisioni sistematiche e 17 schede di interventi. Le prime riguardano interventi di prevenzione e promozione della salute sui temi del PNP: alimentazione, attività fisica, incidenti domestici e stradali, salute e sicurezza sul lavoro, dipendenze, malattie infettive, prima infanzia, ambiente e screening. Si è deciso, inoltre, di esplorare alcuni temi non espressamente inseriti all'interno del PNP in ragione dei dati epidemiologici che ne evidenziano l'ampiezza e gravità in termini di salute a livello mondiale: salute mentale e violenza di genere. Gli interventi si focalizzano su fumo, attività fisica, alimentazione, vaccinazione e dipendenze. Il repertorio è liberamente accessibile dal sito web www.niebp.com.

Obiettivo 2: Definizione di una rete di "Antenne" regionali, che parteciperanno al comitato delle regioni -

Obiettivo 3: Attività di formazione specifica sull'utilizzo delle evidenze contenute all'interno del sito, la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e la valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti

10 aprile 2024: Aggiornamenti del sito e documentazione realizzata. Proposta di avvio di una Comunità di Pratica per la condivisione delle evidenze degli interventi nel setting scolastico.

26 settembre: Rapid reviews e revisioni condotte nell'ultimo anno; nuove schede di sintesi di revisioni; lancio della comunità di pratica; presentazione del programma di formazione previsto per le antenne NIEBP per l'anno 2025.

14 novembre: webinar (accreditato ECM) di formazione dedicato all'utilizzo delle stime prodotte dalla rete internazionale di centri di ricerca che fa riferimento al Global Burden of Disease.

Obiettivo 4: supporto alla identificazione e valutazione di interventi di prevenzione promettenti

Nel sito NIEBP sono state pubblicate 9 revisioni rapide e sintesi di revisioni sistematiche in risposta alle richieste delle regioni aderenti al Network:

5 Rapid Review o Documenti di revisione sintetica sui temi della prevenzione delle complicanze del diabete:

1. Efficacia di interventi con approcci multicomponente per la promozione di stili di vita sani in pazienti con diabete di tipo 2 (29/01/2024);
2. Efficacia degli interventi sugli stili di vita per la remissione del diabete di tipo 2 (29/01/2024);
3. Efficacia degli interventi erogati tramite strumenti digitali (29/01/2024);
4. Efficacia degli interventi erogati dal farmacista per implementare l'aderenza alla terapia (29/01/2024);
5. Efficacia delle strategie di miglioramento della qualità dei servizi per la cura e la prevenzione delle complicanze del diabete (29/01/2024).

1 Rapid Review e 1 Revisione sistematica della letteratura per rispondere al quesito sugli interventi preventivi per il contrasto alla sedentarietà tramite interventi di trasformazione urbana (strade scolastiche e mobilità attiva casa-scuola) o tramite interventi attuati nelle scuole quali il playground marking.

Rapid Review: Interventi di promozione e trasformazione urbana per la mobilità attiva casa-scuola ed esiti di salute (20/05/2024).

Revisione sistematica della letteratura sull'efficacia del Playground Marking (18/07/2024).

Revisione della letteratura scientifica sulla valutazione costo-efficacia di pratiche obsolete e adempimenti normativi che impegnano operatori dei dipartimenti di medicina necroscopica (13/02/2024).

Revisione della letteratura scientifica e della letteratura grigia sull'efficacia della figura del medico nelle procedure di vigilanza di estetisti, acconciatori, tatuatori, solarium (16/09/2024). Inoltre, sono stati creati dei video di guida per la consultazione e l'utilizzo del database nel sito NIEBP.

Osservatorio Nazionale Screening

Il Decreto del Ministro della Salute del 25/11/2004 (art. 2bis L. 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) come strumento tecnico a supporto del Ministero e delle Regioni, per:

- il monitoraggio dei programmi di screening per il tumore della mammella, del colonretto e della cervice uterina,
- il miglioramento continuo della qualità,
- la formazione specifica,
- la promozione della ricerca applicata a questo ambito.

Nel 2024 la Regione Piemonte ha sottoscritto con l'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) l'accordo di collaborazione che approva il progetto pluriennale di supporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) al Piano Regionale di Prevenzione (DD n. 199/A1409D del 21/03/2024), come previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021.

Nel 2024, le Regioni si sono avvalse del contributo dell'ONS per le seguenti attività.

Convocazione e gestione del Comitato Direttivo ONS

Il Consiglio, composto dai referenti dei coordinamenti regionali di screening, è coordinato dall'ONS e tratta tutti gli argomenti relativi allo screening oncologico organizzato, dalle linee di indirizzo al monitoraggio dei programmi, alle proposte operative. Nel corso del 2024 il Consiglio Direttivo si è riunito nelle seguenti sedute: 26/01/2024, 01/03/2024, 05/04/2024, 03/06/2024, 16/09/2024 e 08/11/2024. I verbali delle riunioni sono conservati presso la segreteria ONS.

Attività di monitoraggio attraverso indicatori: rendicontazione NSG e adempimenti LEA

L'ONS conduce ogni anno (usufruendo anche del supporto delle società scientifiche di settore dello screening Gisma, del Gisci e del Giscor) la raccolta sistematica e la valutazione di indicatori di performance e di impatto dei tre programmi di screening. Le survey che vengono condotte hanno contemporaneamente due finalità:

- a) di certificazione rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (indicatore di copertura P15a,b,c, indicatori C1, C2, indicatori U3 e U7);

b) di comparazione fra le Regioni (e all'interno di ogni Regione fra i singoli programmi) ai fini della emersione e disseminazione delle best practice. I dati di performance sono regolarmente pubblicati sul sito del'ONS.

Nel 2024 sono stati forniti alla Segreteria del Comitato LEA:

1. gli indicatori di copertura da esami p15C, a, b, c, e gli indicatori C2 e C3 relativi all'anno 2023. In tale occasione sono stati anche forniti gli indicatori I2 e I3 relativi, per lo stesso anno, all'allargamento delle fasce di età per lo screening mammografico e coloretale. Invio effettuato il 30 giugno;
2. gli indicatori p16C (noto anche come U3) e U7 relativi all'anno 2023. Invio effettuato il 30 novembre.

Disseminazione e divulgazione dei risultati sotto forma di documenti

Ad aprile 2024 sul sito ONS è stato pubblicato il rapporto breve relativo alle performance diagnostiche del 2023 ed è stata inserita anche la survey sulla partecipazione della popolazione migrante. In questo report sono inoltre riportati anche i dati della rilevazione PASSI.

Sul sito ONS sono stati inoltre pubblicati i dati regionali 2023 relativi a invitati, aderenti, estensione e adesione aggiustate, indicatore NSG di copertura.

È stata pubblicata la 14° edizione del rapporto annuale *I numeri del Cancro 2024*, redatto da Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), Airtum (Associazione italiana dei registri tumori), Fondazione Aiom, ONS, Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia), Passi d'Argento e Siapec-Iap (Società italiana di anatomia patologica e citodiagnostica). Negli articoli curati da ONS sono state approfondite le tematiche relative alla diffusione degli screening oncologici in Italia nel 2023 e i nuovi indirizzi dell'Unione Europea sugli screening oncologici compresa la Joint Action EUCanScreen (Joint Action on the New EU Cancer Screening Scheme Implementation).

È stato pubblicato un articolo relativo al processo di Adolpoment delle Linee Guida Europee relativo alle raccomandazioni per fascia di età ed intervallo di somministrazione del test: Radiol Med.2024 Dec;129(12):1778-1789. doi: 10.1007/s11547-024-01900-0.Epub 2024 Oct 26. Italian guidelines for age range and test interval in breast cancer screening programmes: GRADE-ADOLPOMENT of the European guidelines.

Disseminazione e divulgazione tramite partecipazione ad eventi: le attività condotte dall'ONS sono state disseminate e divulgate in numerosi convegni/workshop. La documentazione è disponibile presso la segreteria ONS.

Tavoli tecnici

Come di consueto, ONS ha partecipato ai lavori del tavolo Comitato LEA. Sono proseguiti i lavori, iniziati nel 2023, del tavolo tecnico costituito da ONS e FASO sulle specificità relative allo screening oncologico e al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 ai sensi del DM del 7/9/23. Il completamento del documento è previsto per la primavera 2025 e verrà quindi inviato al Ministero. È stato inoltre ripristinato il gruppo tecnico di valutazione sul DWH che dovrà fornire supporto tecnico al Ministero della Salute per la predisposizione del relativo Decreto e del Disciplinare Tecnico.

L'ONS ha continuato a dare il proprio contributo al tavolo di sorveglianza e a quello di valutazione del Piano Nazionale Equità per la Salute.

ONS ha partecipato al tavolo tecnico coordinato dall'ISS relativamente alla tematica "Popolazione transgender e accesso agli screening oncologici". I lavori di questo tavolo proseguiranno anche nel 2025. Sono proseguiti i lavori del Gruppo Inter-screening di Comunicazione (GIC), sul documento relativo alle 100 domande sullo screening mammografico ancora in fase di elaborazione. È attivo un tavolo tecnico ONS-GISMa che mira ad approfondire le valutazioni di impatto sullo screening mammografico nelle Regioni del Sud.

Linee guida italiane

Sono proseguiti i lavori del processo di Adolpoment delle Linee guida europee e il 4 marzo 2024 è stato pubblicato il capitolo sull'uso della tomosintesi con quattro raccomandazioni elaborate, sul sito dell'ISS al link <https://www.iss.it/it/web/guest/-/snlg-screening-diagnosi-tumore-mammella>. Il documento rappresenta il terzo prodotto del processo di adozione e adattamento (adolpoment) delle "Linee guida europee sullo screening e la diagnosi del tumore della mammella" (European guidelines on breast cancer screening and

diagnosis), formulate dal Joint research centre (JRC) dell'European Commission iniziative on breast cancer (ECIBC). Nel rispetto delle regole di lavoro e di confidenzialità (fino al completamento del lavoro di approvazione delle raccomandazioni in logica peer-review) presso ONS è conservata tutta la documentazione compresi i verbali delle sedute delle riunioni del gruppo di coordinamento, del comitato tecnico scientifico, delle singole PRU, delle plenarie del panel e delle relative votazioni.

Indagini qualitative condotte nel 2024

Attraverso il network è possibile raccogliere informazioni su specifici argomenti attraverso l'interazione con i Responsabili dei Coordinamenti Regionali screening. Di seguito le indagini effettuate nel 2024.

- Questionario sui modelli organizzativi dei centri screening italiani

A seguito del confronto tra ONS e le Società scientifiche di settore è emersa la necessità di approfondire le conoscenze in merito alla organizzazione e gestione dei centri screening italiani. Per tale motivo è stato quindi prodotto un questionario accessibile online suddiviso in 6 sezioni per un totale di 31 quesiti. Il questionario che è stato sottoposto ai programmi di screening delle 21 Regioni e PA ha avuto l'obiettivo di analizzare le caratteristiche generali dei programmi aziendali, il loro governo da un punto di vista formale, organizzativo e strutturale, l'organizzazione in termini di modalità di comunicazione con gli utenti e di infrastrutture informatiche e quindi l'impegno e la tipologia di risorse umane coinvolte. La raccolta dei dati è stata effettuata nel quarto trimestre del 2024 e i risultati definitivi sono attesi per la primavera 2025. I risultati preliminari sono stati inviati alla Coordinatrice del Coordinamento Interregionale di Prevenzione.

- Survey per Programma CCM 2023

Nell'ambito del programma CCM 2023 "Valutazione della fattibilità di programmi organizzati sullo screening della prostata e loro efficacia nel ridurre l'inappropriatezza dell'uso del test del PSA nel contesto italiano" è stato predisposto e lanciato un questionario online con l'obiettivo di approfondire le conoscenze sull'appropriatezza prescrittiva del PSA (Antigene Prostatico Specifico) e sulle pratiche di screening e sorveglianza del carcinoma prostatico nelle regioni italiane.

- Appropriatezza ed equità programmi di screening oncologici in Italia

La SITI, Società Italiana di Igiene e Medicina Preventiva, ha chiesto a ONS di collaborare ad una survey sui programmi di screening. I risultati della survey sono stati presentati al Convegno Nazionale GISMa 2024. Obiettivo della survey è stato quello di raccogliere elementi sulle modalità operative mediante le quali nelle diverse realtà regionali si lavora in logica di appropriatezza nella gestione dell'invito e nell'intero percorso di screening indagando se e quali azioni vengono implementate per raggiungere popolazioni vulnerabili, svantaggiate e/o hard-to-reach.

- SURVEY GISCoR: analisi secondo livello

Il Gruppo di Lavoro Secondo Livello di GISCoR, in accordo con il Direttivo GISCoR e ONS, ha proseguito nel 2024 la rilevazione riguardante l'offerta di esami endoscopici sul territorio nazionale, già iniziata nel 2023, utilizzando la rete informativa dei programmi di screening regionali per la prevenzione dei tumori coloretali.

Formazione ed eventi

In collaborazione con Regione Puglia e FASO nel 2023 è stata condotta una survey sui sistemi informativi e sull'innovazione digitale nello screening. I risultati sono stati presentati e discussi nel workshop "Digitalizzazione e Innovazione nei programmi di prevenzione per la diagnosi precoce dei tumori", tenutosi il 22 e 23 febbraio 2024 a Bari.

L'ONS in collaborazione con GISMa e FASO, il 17 maggio, in occasione del Convegno nazionale GISMa 2024, ha organizzato il workshop: "Europa, Slovenia, Italia: lo screening mammografico e le sue lingue. Lo screening mammografico in Europa oggi, con particolare riferimento alla Slovenia".

ONS, in occasione del XVII Convegno Nazionale GISCoR 2024, ha organizzato la Sessione congiunta ONS – GISCoR – FISMAD "Lo screening in Italia: che cosa ci dicono le survey? Analogie e differenze", e sempre all'interno dello stesso convegno in collaborazione con GISCoR e FASO ha organizzato le sessioni su "Sistemi informativi e monitoraggio" e "Lo screening basato sul rischio".

In occasione del Convegno Nazionale GISCI 2024 il 17 ottobre si è tenuto il workshop congiunto ONS -FASO - GISCI dal titolo: “Lo screening della cervice uterina in Italia e in Europa”. Il 5 dicembre si è tenuto il webinar, accreditato ECM, su Screening e popolazioni vulnerabili per riflettere sulle problematiche legate alla vulnerabilità e per promuovere il confronto e la condivisione di esperienze, buone pratiche e strategie innovative. L’obiettivo è stato quello di accrescere la sensibilità e le competenze degli operatori che operano nei programmi di screening oncologico, contribuendo a un percorso di crescita che permetta di affrontare con maggiore efficacia le sfide della fragilità.

Collaborazione con Associazioni del Terzo Settore

ONS ha fornito supporto ad Europa Donna Italia per la redazione del Policy Brief su Screening e diagnosi. Il documento è stato presentato nella Sala Stampa di Montecitorio il 5 novembre 2024. ONS ha attivamente collaborato con le Associazioni del terzo settore ed in particolare Europa Donna Italia, Andos e Incontra Donna alla redazione del documento “Linee di indirizzo sulla collaborazione tra Associazioni e programmi di screening mammografico”.

Gestione del sito

L’ONS ha provveduto alla revisione della impostazione del sito modificando alcune sezioni. Ha inoltre sempre gestito, tramite il Comitato di redazione, l’invio delle newsletter di aggiornamento, con cadenza mensile. Per la realizzazione di tutte le azioni sopra menzionate l’ONS si avvale di una struttura segretariale che ha il compito di supportare organizzativamente il Consiglio Direttivo dell’ONS e i singoli gruppi di lavoro, di redigere i verbali, di gestire le riunioni del comitato di redazione del sito, di fornire supporto per la redazione di atti amministrativi.

SCHEMA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2024			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE 4	Piano Nazionale della Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	ATTIVITÀ DEI NETWORK NAZIONALI A SUPPORTO DEL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		01.01.2024	31.12.2024
			Data presentazione risultati
			31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITÀ REPERIMENTO RISORSE			
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
5	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 97.081,00
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	---	€ 0,00
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	Il progetto ha uno sviluppo continuativo durante l'anno, non suddivisibile in fasi.		
TRASFERIBILITÀ			
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Le attività dei network nazionali supportano trasversalmente tutti i programmi del Piano regionale di prevenzione, attuato in tutte le Aziende Sanitarie Locali	
8	CRITICITÀ RILEVATE	...	

LINEA PROGETTUALE 5 LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALLA FASE POST PANDEMICA

M6C1 1.2.3.2: P.N.R.R. Missione 6 Salute, C1, Investimento 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» – sub-investimento 1.2.3. «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici» – sub-codifica 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina».

Obiettivo Generale del Progetto:

Realizzazione dei servizi minimi di telemedicina (televisita, teleassistenza, telemonitoraggio di 1° e 2° livello e teleconsulto) a supporto dei pazienti fragili e affetti da malattie croniche. L'erogazione dei servizi minimi di telemedicina è resa possibile tramite l'implementazione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina (IRT).

Obiettivi specifici:

La telemedicina rappresenta uno strumento strategico per rafforzare l'assistenza territoriale, garantendo cure più eque, accessibili, tempestive e coordinate, rivolte a pazienti fragili e affetti da patologie croniche, superando le disuguaglianze territoriali e riducendo la pressione sulla rete emergenziale e strutture di ricovero secondo il principio di proporzionalità e pertinenza assistenziale.

RELAZIONE RISULTATI RAGGIUNTI 2024

I servizi di telemedicina: monitoraggio 31/12/2024 (milestone T4-2024).

Le attività a seguito dell'assegnazione delle Risorse PNRR, di cui al DM 28/09/2023 (GU n. 271 del 20/11/2023) e s.m.i., sono state realizzate da Azienda Zero in attuazione alla DGR n. 40-8656 del 27 maggio 2024.

Il decreto ministeriale stabilisce che le risorse destinate alla Regione Piemonte ammontano a € 38.888.919,00.

Ai fini della verifica del raggiungimento degli obiettivi indicati nell'Allegato 1 del medesimo decreto, le Regioni sono tenute a trasmettere i dati di monitoraggio e controllo tramite integrazione con la Piattaforma nazionale di Telemedicina. Il target assegnato T4-2024 alla regione Piemonte è pari a 2.653 assistiti tramite strumenti di telemedicina. In merito al raggiungimento di tale milestone, Azienda Zero ha individuato le principali aziende che hanno già in essere strumenti di telemedicina consolidati e richiesto al Consorzio dei Sistemi Informativi (CSI) della Regione Piemonte l'estrazione dei dati relativi alle prestazioni erogate in Telemedicina nel corso del 2024, escludendo l'ADI. I dati trasmessi sul portale PNT sono i seguenti:

Servizio	Totale assistiti
Televisita	869
Telemonitoraggio	1339
Teleconsulto	737
Teleassistenza	0
Totale	2945

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2024				
1	REGIONE	PIEMONTE		
2	LINEA PROGETTUALE	M6C1 1.2.3.2 – “Servizi di Telemedicina”		
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	P.N.R.R. Missione 6 Salute, C1, Investimento 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» – sub-investimento 1.2.3. «Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici» – sub-codifica 1.2.3.2. «Servizi di telemedicina».		
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura	Data presentazione risultati
	<i>Contratto applicativo tra Azienda Zero e RTI Engineering/Intellera/Arthur D. Little su AQ da gara Aria 2023_807</i>	20.11.2024 (contratto) (04.06.2024 data inizio PNRR)	19.11.2028 (contratto) (31.12.2026 Scadenza PNRR)	31.12.2024 (T4-2024)
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA’ REPERIMENTO RISORSE				
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)		Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>			
	<i>Eventuali risorse regionali non utilizzate</i>	DGR 4-6815 del 04/05/2023 e rimodulazione delle risorse previste dalla DGR 17-2318 del 20.11.2020		€ 3.500.000,00 quote accantonate per futuri utilizzi al 31/12/2024
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI				
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	Implementare servizi di telemedicina	Progettualità legate alla consegna dei deliverable della fornitura dell’Infrastruttura Regionale di Telemedicina da gara Aria_2023_807: costituzione e coordinamento del gruppo regionale di telemedicina, kick-off meeting, assessment e mappatura dei sistemi informativi presenti nelle 18 ASR e approvazione del Piano Esecutivo preliminare.	Assistenza territoriale	Raggiungimento della milestone T4-2024 sul numero di assistiti totali in telemedicina in attuazione del DM n. 271 del 28 settembre 2023
TRASFERIBILITA’				
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto è a valenza regionale		
8	CRITICITA’ RILEVATE	NA		

LINEA PROGETTUALE 6 : REALIZZAZIONE DEL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117

Obiettivo Generale del Progetto:

Garantire a tutti i cittadini nelle 24 ore risposte a chiamate legate a cure non urgenti, anche di carattere informativo; funziona da raccordo con il servizio di continuità assistenziale nel trasferimento delle chiamate al medico di postazione e con il sistema di emergenza 118

Obiettivi specifici:

1. Consolidare il sistema di contatto tra cittadino e medico di continuità assistenziale
2. Rafforzare la attività informativa diurna per le cure non urgenti
3. Consolidare l'attività di interfaccia tra le Centrali operative 118 e le Centrali NUE 116117

RELAZIONE RISULTATI RAGGIUNTI 2024

AZIONE n. 1)

a) Monitoraggio del Servizio NEA 116117- relativamente alla risposta al cittadino

Azione: Mantenimento e rafforzamento offerto dalle CUA 116117

Progetto di attivazione del Numero Unico 116117 nella Regione Piemonte è avvenuta in aderenza ai dettami dell'Accordo Stato Regioni del 26 novembre 2016, recepito con D.G.R. n. 33-5087 del 22 maggio 2017 coerentemente con le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117".

Il servizio è costituito da 4 centrali operative: C.O Torino (Torino e Provincia), C.O di Saluzzo (provincia di Cuneo), C.O di Alessandria (Province di Alessandria e Asti) C.O di Novara (Province di Novara, Vercelli, VCO, Biella). Dal 01 gennaio 2023 la funzione NEA 116117 è gestita dalla Azienda sanitaria Zero istituita con L.R. 26 del 26 ottobre 2021.

Il servizio è attivo h 24 7 giorni su 7 e garantisce una risposta operativa con trasferimento di chiamata per :

- prestazioni e/o consigli medici nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale
- individuazione e trasferimento diretto delle richieste di soccorso sanitario urgente alle Centrali 118/112
- risposte di tipo informativo (talune in fase sperimentale) :
 - attività informativa generica con trasferimento della chiamata su altri servizi,
 - modalità di accesso a MMG/PLS - scelta e revoca del medico,
 - il supporto informativo per attività vaccinale,
 - screening (gestione agende),
 - gestione trasporti secondari.

Indicatori: Tempi di risposta - Numero di chiamate in coda

Nell' anno 2024 il numero di chiamate totali alle Centrali 116117 è stato di 925.093 di cui 654.462 gestite ed inoltrate. Si denota un miglioramene nel numero di chiamate abbandonate (diminuite di 24.037 rispetto all' anno precedente) e anche il tempo di processo delle chiamate è nettamente migliorato rispetto al 2023 passando mediamente da 16 secondi a 11 secondi per chiamata. Per quanto riguarda il tempo di attesa in coda si rileva un ulteriore perfezionamento con una diminuzione di 27 secondi medi rispetto all'anno 2023.

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2024			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE 6	REALIZZAZIONE DEL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		19.11.2019	31.12.2024
			Data presentazione risultati
			31.12.2024
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>		
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 3.935.542,94
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	<i>Monitoraggio del Servizio NEA 116117- relativamente alla risposta al cittadino</i>	Al fine di migliorare il servizio di risposta al cittadino attraverso la contrazione dei tempi di attesa in coda sono state ulteriormente standardizzate le procedure di riscontro al chiamante da parte dell' operatore CUA	Continuità assistenzial e
			Tempi di risposta : rispetto all' anno 2023 il tempo di attesa in coda risulta diminuito di 27 secondi - il tempo di processamento delle chiamate è diminuito di 4,5 secondi Numero di chiamate in coda: le chiamate in coda hanno registrato una diminuzione di 24.037 rispetto all' anno 2023
7	TRASFERIBILITA'	Il progetto può essere trasferito ad altre Regioni	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto		
8	CRITICITA' RILEVATE	Non si rilevano elementi da segnalare	