

Progetti Obiettivo di Piano Sanitario Nazionale

Accordo Stato Regioni del 29 dicembre 2025- 270/CSR

SCHEMA PROGETTO		
1	LINEA PROGETTUALE	Linea 1 – Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Percorsi assistenziali regionali per la rete dei servizi integrati “ospedale-territorio” e di continuità delle cure per pazienti con multicronicità
	AREA DI INTERVENTO	Presenza in carico del paziente multiconico

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
	SICILIA	Cognome Nome Responsabile	Giovanni Bologna
		Ruolo e qualifica	Dirigente Generale Dipartimento Pianificazione Strategica <i>ad interim</i> – Assessorato regionale della Salute
		Recapiti telefonici	091-7075703 / 091-7075849
		e- mail	dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it

3	RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	○ Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Decreto Assessoriale	€ 15.000.000,00
	○ Eventuali Risorse regionali	-----	-----

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
	○ Costi per la formazione	€ 500.000,00	
	○ Costi gestione progetto	€ 500.000,00	
	○ Costi per acquisto beni e servizi	€ 14.000.000,00	

5	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
	○ Disponibili		beni e servizi già presenti nelle strutture coinvolte
	○ Da acquisire		beni e servizi necessari alle nuove attività quali: adeguamenti strutturali, arredi dedicati, tecnologie informatiche, apparecchiature sanitarie ecc

6	ANALISI DEL CONTESTO/SCENARIO DI RIFERIMENTO <i>se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc.</i>	La gestione delle malattie croniche rappresenta una evidenza di sempre maggiore rilievo per le politiche sanitarie nazionali e regionali. E' noto, infatti, che in Europa le malattie croniche provocano almeno l'86 per cento dei morti e il 77 per cento del carico di malattia (dati OMS). L'aumento della loro prevalenza, peraltro, è legato all'aumento della sopravvivenza e quindi all'invecchiamento della popolazione. Una priorità della Salute pubblica, pertanto, è quella di contribuire al miglioramento della tutela delle persone affette da malattie croniche, a vantaggio del paziente, della sua famiglia e del contesto sociale, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, nonché assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini. Quanto sopra, peraltro, è oggetto di specifiche indicazioni europee con le quali si invitano gli Stati membri ad elaborare ed implementare i Piani nazionali sulle Cronicità, da ultimo previsto dall'art. 5, comma 21, del Patto per la salute per gli anni 2014-2016, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014. Con Accordo Stato Regioni del 15 settembre 2016 è stato approvato il Piano Nazionale della Cronicità, volto al miglioramento della organizzazione dei servizi sanitari. A fronte di un quadro demografico ed epidemiologico del nostro paese - e così della Regione Sicilia – che vede un continuo incremento della prevalenza delle patologie croniche, la strategia di fondo è quella che le stesse devono essere gestite preferenzialmente in ambito territoriale, limitando al massimo le fasi di scompenso e con una forte responsabilizzazione del paziente stesso. Va quindi realizzata in modo proattivo una reale presa in carico dei cittadini con una particolare attenzione alle strategie di prevenzione e di cura fin dalle prime fasce di età. Inoltre, in considerazione dell'importanza di garantire la salute dei cittadini intesa come uno stato di "benessere fisico,
---	--	---

		mentale e sociale e non semplice assenza di malattia” (OMS), il DM77 pone molta attenzione agli aspetti sociali, sia in termine di fabbisogno che – conseguentemente - di offerta di servizi, nonché al rapporto salute-ambiente, attraverso l’adozione della strategia “<i>One Health</i>”. Sebbene questi principi siano stati ampiamente enunciati già in passato e abbiano costituito le basi per la definizione di modelli di assistenza alle cronicità (Chronic Care Model, Piano Cronicità, PDTA nazionali e regionali per varie patologie, etc), l’elemento innovativo di recente introduzione è rappresentato dalla fortissima responsabilizzazione di tutti i livelli politici e tecnici che il PNRR sta comportando per il raggiungimento di target ben definiti e vincolanti, e dall’assegnazione degli ingenti fondi assegnati - soprattutto per la realizzazione delle nuove strutture sul territorio - e dalle risorse messe in gioco dal governo nazionale per il personale necessario alla realizzazione di tali obiettivi, quali quelle definite nel Bilancio di previsione per il triennio 22-24 (L. 30 dicembre 2021, n.234).
--	--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
		01/01/25	31/12/25	SI

8	OBIETTIVO GENERALE	La presente proposta progettuale è finalizzata all’ulteriore implementazione dell’assistenza sanitaria garantita dal SSR mediante interventi volti alla definizione di percorsi di cura delle multicronicità, offerti dalla rete territoriale e dalla rete ospedale-territorio. In particolare gli ambiti che vengono in rilievo al fine del miglioramento dell’offerta sanitaria relativa alla presente linea progettuale riguardano: -la definizione e l’implementazione di percorsi assistenziali specifici per i pazienti multi cronici, volti ad evitare la frammentarietà e ed il mancato coordinamento delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Regionale;
---	--------------------	---

		- lo sviluppo di interventi trasversali che riguardano sia la prevenzione e riabilitazione – al fine di ridurre le cronicizzazioni anche in esito ad eventi acuti – sia la presa in carico della persona mediante percorsi personalizzati;
--	--	--

9	OBIETTIVI SPECIFICI	In riferimento al fabbisogno evidenziato gli obiettivi che si intendono perseguire sono i seguenti: • Definire e implementare specifici percorsi assistenziali, secondo i principi della gestione integrata, per i pazienti multi cronici, promuovendo delle decisioni condivise basate sull’assistenza personalizzata del paziente • Rimodulare l'offerta dei servizi per una adeguata gestione dei pazienti affetti da patologie a lungo termine, secondo i principi del Chronic Care Model; • Migliorare la qualità della vita del paziente multi cronico, riducendo il carico del trattamento, le cure non pianificate, gli accessi impropri al PS
---	---------------------	--

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	• Riduzione dei ricoveri e delle reospedalizzazioni nel paziente multicronico; • Maggiore aderenza alla terapia e allo stile di vita dei pazienti arruolati;
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	• Miglioramento della qualità della vita dei pazienti; • Motivazione del paziente alla gestione della propria salute.

11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l’implementazione
	Le attività previste si inseriscono e supportano le azioni previste nel “Piano della rete territoriale di assistenza” che	Potenziamento e riorganizzazione delle rete di assistenza territoriale come principale risposta ai bisogni dei cittadini, con riferimento soprattutto alla

	la Regione Siciliana ha predisposto nel quadro degli interventi previsti dal PNRR	persona affetta da malattie croniche
--	---	--------------------------------------

12	PUNTI DI DEBOLEZZA	
	Indicare i punti di <i>debolezza</i>	Indicare le strategie/azioni per la riduzione
	Frequente mancanza di un valido supporto informatico che renda fluida l'integrazione tra professionisti e lo scambio di dati e la mancata realizzazione di una reale integrazione della specialistica ospedaliera con quella territoriale.	Realizzazione degli strumenti idonei all'efficiente scambio di dati ai fini della presa in carico e gestione del paziente multicronico

DIAGRAMMA DI GANT													
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase		Mesi											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Gara	Stratificazione della popolazione												
	Comunicazione degli ai MMG/PLS che li valideranno e li aggiorneranno												
	Chiamata attiva dei soggetti appartenenti alle categorie prioritarie												
	Presa in carico del distretto e stadiazione da parte degli specialisti												
	Elaborazione del Progetto di Salute individuale												
Monitoraggio e follow up attivo gestito dal case manager													

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

		Stratificazione della popolazione	La Regione Sicilia, con la propria Banca Dati Assistibili (BDA) ha nel tempo sviluppato degli algoritmi di conoscenza del profilo epidemiologico della propria popolazione. Per realizzare la stratificazione dei pazienti si potrà adesso aderire al sistema nazionale e gli algoritmi sviluppati nell'ambito del progetto BDA potranno essere utilizzati dalle aziende sanitarie, titolari del dato sanitario, per una programmazione locale, in collaborazione con i comuni per i dati relativi ai determinati sociali	SI/NO
		Presa in carico dei pazienti multicronici	La presa in carico avverrà per step successivi, identificando inizialmente categorie prioritarie di soggetti (ad esempio pazienti con complessità clinica rilevante) e poi estendendo la presa in carico alle altre categorie	SI/NO
		Elaborazione del Progetto di Salute	Elemento chiave del percorso è la definizione del Progetto di Salute, "evoluzione" del Piano di cura previsto nel Piano della Cronicità, che già nella definizione riflette un approccio olistico alla salute dei cittadini, effettuata sulla valutazione del livello del bisogno socio-assistenziale individuato dal processo di stratificazione e quindi affinato utilizzando informazioni più dettagliate sulla condizione clinica (<i>staging</i>) e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali in coerenza con Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) specifici per patologia o per multimorbilità. . Il Progetto di Salute è composto da vari elementi relativi a controlli clinici, terapie, monitoraggi, accessi a servizi e piano di autocura. E' indispensabile che tali Piani siano gestiti in modo "digitalizzato" da parte di tutti gli attori coinvolti (i sanitari, i caregiver e i pazienti stessi), ciascuno per la propria parte, con la supervisione del <i>case manager</i>, individuato in linea generale nell'Infermiere di famiglia e comunità.	SI/NO
		Monitoraggio e follow up	Uno degli aspetti più critici nella gestione delle cronicità è la necessità di garantire che gli interventi programmati - e definiti nel Progetto di salute - vengano poi effettivamente realizzati, per consentire un buon controllo dei fattori di rischio, un rallentamento nella progressione della patologia e la riduzione delle complicanze e delle ospedalizzazioni. Per ridurre il fenomeno della "perdita" del paziente è necessario quindi un approccio proattivo, realizzato attraverso frequenti contatti, il monitoraggio da remoto, gli alert in caso di scostamento da quanto programmato, una costante opera di empowerment del soggetto e del caregiver.	SI/NO
				SI/NO

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