

Programma SFC2021 finanziato a titolo del FESR (obiettivo Investimenti a favore dell'occupazione e della crescita), del FSE+, del Fondo di coesione, del JTF e del FEAMPA - articolo 21, paragrafo 3

CCI	2021IT05FFPR002
Titolo in inglese	NP Health equity 2021-2027
Titolo nella(e) lingua(e) nazionale(i)	IT - PN Equità nella Salute 2021-2027
Versione	1.1
Primo anno	2021
Ultimo anno	2027
Ammissibile a decorrere da	1-gen-2021
Ammissibile fino a	31-dic-2029
Numero della decisione della Commissione	C(2022)8051
Data della decisione della Commissione	4-nov-2022
Regioni NUTS oggetto del programma	ITF2 - Molise ITF21 - Isernia ITF22 - Campobasso ITF3 - Campania ITF31 - Caserta ITF32 - Benevento ITF33 - Napoli ITF34 - Avellino ITF35 - Salerno ITF4 - Puglia ITF43 - Taranto ITF44 - Brindisi ITF45 - Lecce ITF46 - Foggia ITF47 - Bari ITF48 - Barletta-Andria-Trani ITF5 - Basilicata ITF51 - Potenza ITF52 - Matera ITF6 - Calabria ITF61 - Cosenza ITF62 - Crotona ITF63 - Catanzaro ITF64 - Vibo Valentia ITF65 - Reggio di Calabria ITG - Isole ITG1 - Sicilia ITG11 - Trapani ITG12 - Palermo ITG13 - Messina ITG14 - Agrigento ITG15 - Caltanissetta ITG16 - Enna ITG17 - Catania ITG18 - Ragusa ITG19 - Siracusa ITG2 - Sardegna ITG2D - Sassari

	ITG2E - Nuoro ITG2F - Cagliari ITG2G - Oristano ITG2H - Sud Sardegna
Fondo/i interessato/i	FESR FSE+
Programma	<input type="checkbox"/> soltanto nell'ambito dell'obiettivo Investimenti a favore dell'occupazione e della crescita per le regioni ultraperiferiche

Indice

1. Strategia del programma: principali sfide e risposte strategiche	6
Tabella 1.....	14
2. Priorità.....	16
2.1. Priorità diverse dall'assistenza tecnica	16
2.1.1. Priorità: 1. Servizi sanitari più equi ed inclusivi.....	16
2.1.1.1. Obiettivo specifico: ESO4.11. Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (FSE+).....	16
2.1.1.1.1. Interventi dei fondi.....	16
Tipi di azioni correlate - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto i), del CPR e articolo 6, del regolamento FSE+	16
I principali gruppi di destinatari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iii), del CPR:	19
Azioni a tutela dell'uguaglianza, dell'inclusione e della non discriminazione - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iv), del CPR e articolo 6 del regolamento FSE+	19
Indicazione dei territori specifici cui è diretta l'azione, compreso l'utilizzo previsto degli strumenti territoriali - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto v), del CPR	20
Le azioni interregionali, transfrontaliere e transnazionali - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto vi), del CPR.....	20
L'utilizzo previsto degli strumenti finanziari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto vii), del CPR.....	20
2.1.1.1.2. Indicatori	21
Tabella 2: indicatori di output.....	21
Tabella 3: indicatori di risultato.....	21
2.1.1.1.3. Ripartizione indicativa delle risorse (UE) programmate per tipo di intervento.....	22
Tabella 4: dimensione 1 - settore di intervento.....	22
Tabella 5: dimensione 2 - forma di finanziamento	22
Tabella 6: dimensione 3 - meccanismo di erogazione territoriale e approccio territoriale.....	22
Tabella 7: dimensione 6 - tematiche secondarie FSE+	22
Tabella 8: dimensione 7 - dimensione della parità di genere del FSE+*, del FESR, del Fondo di coesione e del JTF.....	23
2.1.1. Priorità: 2. Servizi sanitari di qualità	24
2.1.1.1. Obiettivo specifico: RSO4.5. Garantire parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuovere la resilienza dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria di base, come anche promuovere il passaggio dall'assistenza istituzionale a quella su base familiare e sul territorio (FESR)	24
2.1.1.1.1. Interventi dei fondi.....	24
Tipi di azioni correlate - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto i), del CPR e articolo 6, del regolamento FSE+	24
I principali gruppi di destinatari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iii), del CPR:	26
Azioni a tutela dell'uguaglianza, dell'inclusione e della non discriminazione - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iv), del CPR e articolo 6 del regolamento FSE+	26
Indicazione dei territori specifici cui è diretta l'azione, compreso l'utilizzo previsto degli strumenti territoriali - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto v), del CPR	26
Le azioni interregionali, transfrontaliere e transnazionali - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto vi), del CPR.....	26
L'utilizzo previsto degli strumenti finanziari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto vii), del CPR.....	27
2.1.1.1.2. Indicatori	27
Tabella 2: indicatori di output.....	27
Tabella 3: indicatori di risultato.....	27

2.1.1.1.3. Ripartizione indicativa delle risorse (UE) programmate per tipo di intervento.....	27
Tabella 4: dimensione 1 - settore di intervento.....	27
Tabella 5: dimensione 2 - forma di finanziamento	28
Tabella 6: dimensione 3 - meccanismo di erogazione territoriale e approccio territoriale.....	28
Tabella 7: dimensione 6 - tematiche secondarie FSE+.....	28
Tabella 8: dimensione 7 - dimensione della parità di genere del FSE+*, del FESR, del Fondo di coesione e del JTF.....	28
2.2. Priorità Assistenza tecnica	30
2.2.1. Priorità per l'assistenza tecnica a norma dell'articolo 36, paragrafo 4, del CPR 3. Assistenza Tecnica.....	30
2.2.1.1. Interventi dai fondi.....	30
Tipo di azioni correlate - articolo 22, paragrafo 3, lettera e), punto i), del CPR	30
I principali gruppi di destinatari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iii), del CPR:	31
2.2.1.2. Indicatori	32
Tabella 2: Indicatori di output.....	32
2.2.1.3. Ripartizione indicativa delle risorse (UE) programmate per tipo di intervento.....	32
Tabella 4: dimensione 1 - settore di intervento.....	32
Tabella 7: dimensione 6 - tematiche secondarie FSE+.....	32
Tabella 8: dimensione 7 - dimensione della parità di genere del FSE+*, del FESR, del Fondo di coesione e del JTF.....	33
2.2.1. Priorità per l'assistenza tecnica a norma dell'articolo 36, paragrafo 4, del CPR 4. Assistenza tecnica	34
2.2.1.1. Interventi dai fondi.....	34
Tipo di azioni correlate - articolo 22, paragrafo 3, lettera e), punto i), del CPR	34
I principali gruppi di destinatari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iii), del CPR:	35
2.2.1.2. Indicatori	36
Tabella 2: Indicatori di output.....	36
2.2.1.3. Ripartizione indicativa delle risorse (UE) programmate per tipo di intervento.....	36
Tabella 4: dimensione 1 - settore di intervento.....	36
Tabella 7: dimensione 6 - tematiche secondarie FSE+.....	36
Tabella 8: dimensione 7 - dimensione della parità di genere del FSE+*, del FESR, del Fondo di coesione e del JTF.....	36
3. Piano di finanziamento	38
3.1. Trasferimenti e contributi (1).....	38
Tabella 15A: contributi a InvestEU* (ripartizione per anno)	38
Tabella 15B: contributi a InvestEU* (sintesi)	38
Giustificazione che tenga conto del modo in cui tali importi contribuiscono al conseguimento degli obiettivi strategici selezionati nel programma in conformità dell'articolo 10, paragrafo 1, del regolamento InvestEU	39
Tabella 16A: trasferimenti a strumenti in regime di gestione diretta o indiretta (ripartizione per anno)	39
Tabella 16B: trasferimenti a strumenti in regime di gestione diretta o indiretta* (sintesi)	39
trasferimenti a strumenti in regime di gestione diretta o indiretta - Giustificazione	39
Tabella 17A: trasferimenti tra FESR, FSE+ e Fondo di coesione oppure a un altro Fondo o ad altri Fondi* (ripartizione per anno)	39
Tabella 17B: trasferimenti tra FESR, FSE+ e Fondo di coesione oppure a un altro Fondo o ad altri Fondi (sintesi)	40
Trasferimenti tra fondi in gestione concorrente, anche tra i fondi della politica di coesione - Giustificazione	40
3.2. JTF: dotazione nel programma e trasferimenti (1)	40
3.3. Trasferimenti tra categorie di regione risultanti dal riesame intermedio	40
Tabella 19A: trasferimenti tra categorie di regione, risultanti dal riesame intermedio, nell'ambito del programma (ripartizione per anno)	40
Tabella 19B: trasferimenti tra categorie di regione, risultanti dal riesame intermedio, ad altri programmi (ripartizione per anno).....	40

3.4. Ritransferimento (1).....	41
Tabella 20A: ritrasferimenti (ripartizione per anno).....	41
Tabella 20B: ritrasferimenti* (sintesi).....	41
3.5. Dotazioni finanziarie per anno.....	42
Tabella 10: Dotazioni finanziarie per anno.....	42
3.6. Dotazioni finanziarie totali per fondo e cofinanziamento nazionale	43
Tabella 11: Dotazioni finanziarie totali per fondo e cofinanziamento nazionale	43
4. Condizioni abilitanti.....	44
5. Autorità di programma.....	56
Tabella 13: autorità di programma.....	56
La ripartizione degli importi rimborsati per l'assistenza tecnica a norma dell'articolo 36, paragrafo 5, del CPR qualora vengano individuati più organismi per ricevere i pagamenti della Commissione	56
6. Partenariato	57
7. Comunicazione e visibilità.....	60
8. Utilizzo di costi unitari, somme forfettarie, tassi fissi e finanziamenti non collegati ai costi	62
Tabella 14: utilizzo di costi unitari, somme forfettarie, tassi forfettari e finanziamenti non collegati ai costi.....	62
Appendice 1: Contributo dell'Unione in base a costi unitari, somme forfettarie e tassi fissi	63
A. Sintesi degli elementi principali.....	63
B. Dettagli per tipo di operazione	64
C. Calcolo della tabella standard di costi unitari, somme forfettarie e tassi forfettari.....	64
1. Fonte dei dati usati per calcolare la tabella standard di costi unitari, somme forfettarie o tassi forfettari (chi ha prodotto, raccolto e registrato i dati, dove sono conservati, date limite, convalida, ecc.)	64
2. Specificare perché il metodo e il calcolo proposti in base all'articolo 94, paragrafo 2, del CPR, sono rilevanti per il tipo di operazione.	64
3. Specificare come sono stati eseguiti i calcoli, includendo in particolare eventuali ipotesi formulate in termini di qualità e quantità. Ove pertinente, dovrebbero essere impiegati e, se richiesto, forniti, prove statistiche e parametri di riferimento in un formato utilizzabile dalla Commissione.	64
4. Illustrare come si è garantito che il calcolo della tabella standard di costi unitari, somme forfettarie o tassi forfettari comprendesse solo le spese ammissibili.....	64
5. Valutazione della/delle autorità di audit degli importi e della metodologia di calcolo e delle modalità per garantire la verifica, la qualità, la raccolta e la conservazione dei dati.	64
Appendice 2: Contributo dell'Unione basato su finanziamenti non collegati ai costi	66
A. Sintesi degli elementi principali.....	66
B. Dettagli per tipo di operazione	67
Appendice 3: Elenco delle operazioni pianificate di importanza strategica, corredato di calendario	68
DOCUMENTI.....	70

1. Strategia del programma: principali sfide e risposte strategiche

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera a), punti da i) a viii), e punto x), e articolo 22, paragrafo 3, lettera b), del regolamento (UE) 2021/1060 (CPR)

1.1 Il contesto socio-economico italiano

Il Programma Nazionale Equità nella Salute (PN), sviluppato anche in coerenza con i contenuti dell'Agenda 2030 e della Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile, interviene nelle 7 Regioni meno sviluppate (MS) del Paese per rafforzare i servizi sanitari e rendere più equo l'accesso, anche nell'ottica di sviluppare un'azione di sistema e di capacitazione dei sistemi sanitari regionali dell'area.

In queste Regioni si registrano infatti, rispetto al resto del Paese, minori livelli di soddisfacimento degli standard definiti a livello nazionale (cd. LEA, Livelli Essenziali di Assistenza; i dati 2019 del Nuovo Sistema di Garanzia evidenziano, sia per l'area della prevenzione che per quella dell'assistenza territoriale, punteggi inferiori alla media delle Regioni del Centro Nord Italia) e maggiori difficoltà finanziarie e organizzative nella gestione del servizio sanitario da parte delle rispettive Amministrazioni regionali, tali da richiedere un intervento a livello centrale. Anche la Commissione Europea, nella valutazione dei progressi in materia di riforme strutturali (SWD (2020) 511 final), evidenzia dette disparità regionali.

Tale maggiore debolezza dei sistemi sanitari si inserisce in un contesto di crescita generalizzata delle disuguaglianze, aggravato dalla pandemia di COVID-19. Negli ultimi tre decenni, in Italia si sono riscontrati indici più iniqui della distribuzione della ricchezza tra la popolazione (World Bank, Gini Index Series). Dal 2007 ad oggi la percentuale di famiglie e di individui in povertà assoluta è più che raddoppiata e, secondo il report dell'Istat di giugno 2021, nel 2020 5,6 milioni di persone sono state interessate da povertà assoluta. L'impatto della pandemia sulle disuguaglianze ha contribuito quindi a un loro aumento generalizzato, modificandone la distribuzione sociale e territoriale. In termini percentuali, tra il 2019 e il 2020, il tasso di individui in povertà assoluta è passato dal 7,7% della popolazione totale al 9,4%, comportando tra l'altro l'inversione del *trend* incoraggiante registrato nel 2019, quando il dato iniziava a ridursi dopo anni di costante aumento.

Il disagio sociale ed economico continua a interessare maggiormente la popolazione residente nelle 7 Regioni MS rispetto al resto d'Italia: infatti, sebbene si sia assistito a un peggioramento del dato della povertà assoluta anche nelle Regioni settentrionali, essa resta ai massimi livelli nelle Regioni meridionali, dove è passata dal 10,5% all'11,7% (dal 9,4% al 9,8% nelle Isole). I dati sulla povertà assoluta segnalano anche l'ampliamento delle differenze tra le aree metropolitane e le aree interne a minore urbanizzazione, comprese le isole minori (dove, a causa della fragilità dell'offerta sanitaria, si sperimentano particolari problemi di accesso ai servizi), con andamenti differenziati tra le diverse zone del paese: nel Sud Italia, è la popolazione collocata nei centri fino a 50.000 abitanti a soffrirne di più.

Questi dati di incremento delle difficoltà economiche di ampie parti della popolazione, maggiormente presenti nel Sud Italia e nelle Isole, coesistono e interagiscono con importanti segnali di aumento della vulnerabilità sociale.

Il quadro demografico del Paese fotografa, in sintesi, meno residenti, più anziani e famiglie più piccole[1].

Sulla base dello scenario di previsione "mediano" si prevede infatti una decrescita della popolazione residente nel prossimo decennio: da 59,6 milioni al 1° gennaio 2020 (punto base delle previsioni) a 58 milioni nel 2030, con un tasso di variazione medio annuo pari al -2,9‰. Sempre secondo lo scenario mediano, nel breve termine si prospetta nel Nord (-1,3‰ annuo fino al 2030) e nel Centro (-2,2‰) una riduzione della popolazione meno importante rispetto al Mezzogiorno (-5,4‰).

Già da diversi anni l'Italia sta affrontando la realtà di un ricambio naturale negativo, fattore alla base del processo di riduzione della popolazione, nonostante la parziale contropartita di dinamiche migratorie con l'estero di segno positivo. Inoltre, il protratto regime di bassa fecondità che ha caratterizzato l'Italia negli ultimi 40 anni, combinato con i traguardi raggiunti sul versante della sopravvivenza, hanno fatto sì che già oggi si possa parlare di Paese a elevato processo di invecchiamento. La popolazione di 65 anni e più rappresenta il 23,2% del totale, quella fino a 14 anni di età il 13%, quella nella fascia 15-64 anni il 63,8%, mentre l'età media si è avvicinata al traguardo dei 46 anni. Tutti questi fattori demografici determinano la

necessità di attrezzarsi per corrispondere a bisogni di salute mutati, con un consumo di servizi sanitari e socio sanitari in aumento.

In tale contesto, un sistema sanitario fondato sui principi di universalità dei destinatari, globalità della copertura dai rischi ed equità nell'accesso, com'è il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano, deve costituire un argine strutturale al peggioramento delle condizioni di vita per quote crescenti di popolazione. Tuttavia, con l'indebolimento delle reti sociali, familiari e di prossimità, in presenza di dinamiche sempre più rapide e progressive di impoverimento, il sistema è a sua volta messo a dura prova rispetto alla reale capacità di raggiungere, con i propri servizi e in egual modo, l'intera popolazione. Tramite il PN si intende quindi intervenire per ovviare alle difficoltà organizzative riscontrabili nelle realtà territoriali e includere le fasce vulnerabili della popolazione.

[1] Report ISTAT “ PREVISIONI DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE E DELLE FAMIGLIE | BASE 1/1/2020”, 2021

1.2 Lezioni apprese: l'esperienza dei Piani di Rientro

L'esperienza del SSN regionalizzato conferma che le Regioni caratterizzate dai più rilevanti problemi di gestione delle risorse finanziarie e da situazioni prolungate di deficit sono anche quelle che hanno maggiori difficoltà nell'organizzare servizi in grado di assicurare l'effettiva erogazione dei LEA alla popolazione, compresa, quindi, quella parte in condizioni di vulnerabilità socio-economica o che abita in aree remote o svantaggiate. La correzione degli squilibri di bilancio e la riqualificazione dei servizi sono affidate ai Piani di rientro[1] e, in questo quadro, il PN interviene quale ulteriore strumento di supporto alle 7 Regioni MS, 5 delle quali attualmente sottoposte a tale regime, allo scopo di arginare l'aumento delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi che qui si presentano in misura più grave che in altre aree del Paese.

I Piani di rientro sono accordi tra le Regioni italiane in disavanzo sanitario, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero della Salute che contengono sia misure di riequilibrio per l'erogazione dei LEA sia misure per garantire il ripiano dei disavanzi di bilancio.

Le Regioni che li sottoscrivono devono adottare misure volte a fissare i tetti di spesa, con particolari vincoli per la spesa per il personale, ridurre la spesa per acquisto di beni e servizi e rivedere le relative procedure, rideterminare i posti letto pubblici e privati, con l'obbligo di rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro sottoscritto.

L'esperienza dei Piani di rientro e, in particolare, di quelle Regioni che vi sono sottoposte da un lungo periodo mostra come, in questi territori, sia necessario un intervento più intenso dell'Amministrazione centrale a supporto di quella regionale e delle singole Aziende sanitarie.

Anche alla luce dei fallimenti del mercato [2] che interessano il settore sanitario dei paesi europei, determinando una scarsa efficienza nel rapporto costi-benefici e disuguaglianze d'accesso a svantaggio delle fasce vulnerabili, appare prioritario [3] indirizzare gli investimenti al miglioramento di accessibilità, efficacia e resilienza dell'assistenza sanitaria per promuovere equità in salute.

[1] Le Regioni attualmente sottoposte alla disciplina di rientro sono Abruzzo, Campania, Lazio, Puglia e Sicilia; ad esse si aggiungono Calabria e Molise, le quali sono altresì sottoposte a commissariamento. Anche nella Regione Sardegna persistono condizioni per cui non sono garantiti pienamente livelli di assistenza adeguati e uniformi sull'intero territorio regionale e condizioni di equilibrio economico ma la Regione, essendo a statuto autonomo, ha provveduto, al momento, con risorse del bilancio regionale.

[2] a partire da K.Arrow (1963) una parte rilevante della letteratura di economia sanitaria ha studiato ed evidenziato le ragioni dei fallimenti del mercato nella produzione di servizi sanitari.

[3] cfr. “Orientamenti in materia di investimenti finanziati dalla politica di coesione 2021-2027 per l'Italia” (Allegato D) – Relazione per paese relativa all'Italia 2019, {COM(2019) 150 final}

1.3 Rendere più equo l'accesso al SSN per migliorare la salute delle persone

L'accesso tempestivo ai servizi sanitari e a cure di qualità rappresenta un fondamentale determinante per la salute delle persone che, da solo, pesa almeno il 20% sull'aspettativa e sulla qualità della vita (*ex multis* Hood et al. 2016). In Italia, l'adozione di un sistema sanitario ispirato ai principi dell'universalismo dei destinatari e della globalità della protezione dai rischi, avutasi con l'istituzione nel 1978 del SSN, ha rappresentato un fattore chiave per il miglioramento della salute generale della popolazione. In attuazione dei principi costituzionali, il SSN persegue la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e *secondo modalità che assicurino l'eguaglianza* dei cittadini nei confronti del servizio[1]. La concretizzazione di tali *modalità* costituisce una sfida permanente, in quanto il SSN dovrà modulare i propri interventi tenendo conto del *gradiente di disuguaglianza* sul territorio nazionale, con un approccio di *universalismo proporzionale*[2]. Al fine di perseguire quest'obiettivo è necessario sia che i servizi sanitari garantiscano la qualità delle prestazioni erogate (azioni di sistema) sia che l'organizzazione sanitaria includa attivamente le fasce più vulnerabili della popolazione, che subiscono più frequentemente e gravemente gli effetti delle barriere di accesso.

Tali barriere sono di natura economica, poiché anche in un sistema universalistico esistono aree di bisogno per cui la spesa *out of pocket* può essere decisiva per l'ottenimento di cure appropriate, ma anche di natura sociale e culturale, poiché la capacità del singolo di orientarsi correttamente nell'offerta dei servizi nel momento dell'insorgenza di un bisogno di salute dipende grandemente dalla consapevolezza che egli ha della propria salute e dalla stessa offerta sanitaria disponibile. Anche l'inclusione dell'individuo in reti relazionali (familiari o comunitarie) in grado di supportarlo nel percorso dell'emersione e della qualificazione dei propri bisogni di salute costituisce un ulteriore utile determinante di salute. A tal riguardo, poiché la vulnerabilità socio-economica incrementa la suscettibilità dell'individuo all'esposizione e nell'esposizione ai fattori di rischio per malattie croniche, mitigando tale vulnerabilità, cioè potenziando le risorse e le competenze dell'individuo, si può ottenere il rallentamento del processo di trasformazione dalla suscettibilità individuale verso gli effetti indesiderati sulla salute, contrastando, così, l'insorgenza di malattie croniche e i loro esiti negativi.

Nei confronti delle vulnerabilità socio-economiche, che evidenziano spesso la complessità della presa in carico della persona, l'organizzazione del sistema sanitario non è quindi neutrale: benché determinanti sociali di salute come il basso livello di reddito o d'istruzione o la condizione di disagio abitativo siano direttamente aggredibili mediante le politiche di assistenza specificamente previste dal sistema pubblico, le politiche sanitarie possono giocare un ruolo decisivo nel superare alcune barriere di accesso in maniera proattiva, ad esempio mediante interventi e azioni di sistema progettati allo scopo di includere anche i *target* di popolazione con maggiore vulnerabilità. Il SSN, a tal riguardo, prevede un ampio campo di interventi di integrazione socio-sanitaria, a partire dalle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale fino alle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria[3]. Infine, tra le barriere di accesso va considerata anche la difficoltà delle persone di giungere nei luoghi fisici dell'erogazione dei servizi, a causa della distanza chilometrica, delle caratteristiche orografiche oppure della scarsa capillarità dei servizi sui territori.

[1] Art. 1, legge 23 dicembre 1978, n. 833.

[2] Michael Marmot, La salute disuguale: la sfida di un mondo ingiusto, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2016

[3] Art. 3-septies del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

1.4 I bisogni prioritari

Nel contesto socio-economico descritto nelle Regioni MS, emergono alcune aree di bisogni sanitari, sostenute da dati di evidenza e condivise con il Partenariato di programma, che necessitano di specifiche politiche di riequilibrio volte a migliorare la capacità dei servizi sanitari e l'accesso agli stessi della

popolazione con vulnerabilità socio-economica. Esse corrispondono a rilevanti aree dell'assistenza territoriale, attualmente oggetto di riforma nel nostro Paese, che, pur riguardando ambiti strategici, non sono oggetto di investimento da parte di altri programmi comunitari, nazionali o regionali. Le Regioni destinatarie del PN, per le difficoltà e le disparità sinteticamente rappresentate, necessitano, più delle altre, di un intervento a guida centrale per l'efficace conseguimento degli obiettivi di miglioramento previsti.

Vale richiamare che, nonostante la superiore capacità redistributiva del SSN rispetto ad altri servizi pubblici (in sanità, la disparità fra quintili è minore che negli altri settori), vi sono evidenze del fatto che si sta, da tempo, sviluppando un processo iniquo che vede crescere, in proporzione, l'onere della spesa sanitaria sulle famiglie meno abbienti, con conseguenti fenomeni di *drop out* in alcuni ambiti prestazionali (la quasi totalità della spesa sanitaria privata delle famiglie si concentra sull'acquisto di farmaci e un vero e proprio *drop out* si verifica nell'ambito delle cure odontoiatriche a danno delle famiglie povere) (CREA 2020).

Inoltre, come dimostrano gli studi sulla correlazione tra povertà e consumi sanitari, l'impoverimento delle persone determina un incremento dell'incidenza, sul bilancio familiare, delle spese per prestazioni sanitarie e, dunque, un fenomeno di progressiva incapacità di far fronte alle spese *out-of-pocket* necessarie alla presa in carico appropriata dei bisogni clinico assistenziali all'interno di percorsi strutturati.

Vale infatti evidenziare che all'interno di percorsi clinico-terapeutici è spesso necessario che il paziente sostenga alcuni costi relativi alla cura che non sono garantiti dai LEA, determinando, in caso di povertà, la rinuncia a parte delle cure. Si pensi, a tal riguardo, che le persone in stato di povertà assoluta possono permettersi una spesa sanitaria pari a 1/6 rispetto a quelle non povere (Osservatorio sulla Povertà Sanitaria, 2021).

Il fenomeno della povertà sanitaria, quindi, è descritto come l'incapacità di far fronte a spese necessarie per i percorsi clinico assistenziali e determina, spesso, la rinuncia alle cure o a cure appropriate. Le Regioni oggetto del presente PN sono quelle dove il combinato disposto tra l'indice di povertà assoluta e i ritardi di sviluppo dei servizi sanitari rende più urgente un intervento di investimento di sistema e di capacitazione, con una forte componente di riequilibrio transregionale.

Le persone con vulnerabilità socio-economica o che risiedono in aree svantaggiate o remote delle Regioni oggetto del presente PN sperimentano, inoltre, difficoltà nell'aderire ai programmi di screening oncologico (carcinoma della mammella, del colon-retto e del collo dell'utero) o, se "invisibili" ai servizi, a parteciparvi. I programmi di *screening*, infatti, invitano gli iscritti nelle anagrafi assistite i quali, però, aderiscono all'invito in modo insufficiente, oppure detti servizi non "vedono" parte delle persone presenti sul territorio in quanto non iscritte alle anagrafi locali e, quindi, non se ne occupano, lasciando che le suscettibilità individuali, sotto l'azione della vulnerabilità socio-economica (basso livello di istruzione, scarsa consapevolezza dell'importanza della prevenzione oncologica, ecc.) e delle eventuali fragilità progrediscono verso esiti negativi di salute.

Tali quote di popolazione necessitano invece di interventi attivi da parte dei servizi di screening, protesi anche all'*extra moenia*. Secondo il Nuovo Sistema di Garanzia, l'area dello screening oncologico nelle 7 Regioni MS presenta un punteggio dell'indicatore relativo al numero dei test di screening di primo livello effettuati sempre inferiore alla soglia minima di garanzia, laddove nelle restanti Regioni si registra sempre un punteggio superiore alla soglia minima di garanzia; tale area necessita, dunque, di investimenti tesi all'efficientamento dei servizi e al potenziamento dell'offerta.

Ancora, i bisogni complessi delle persone con problemi di salute mentale, spesso socialmente neglette e, quindi, marginalizzate nella società, necessitano di modelli di intervento integrati e costruiti intorno alla persona, che mirino alla recovery. La crisi delle relazioni di fiducia e l'indebolimento dei legami sociali verticali e orizzontali amplia la quota di popolazione che soffre di disagio psichico, accrescendo, in tali soggetti, l'isolamento sociale e il rischio di progressione verso forme di malattia franca.

I Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP) più adatti per tali pazienti debbono poter contare su budget di salute dedicati, in grado di mobilitare le competenze del servizio pubblico (Dipartimento di Salute Mentale – DSM e Servizi sociali dei Comuni), le risorse economiche per la gestione integrata dei loro bisogni complessi, nonché le reti familiari.

Nelle Regioni oggetto del presente PN tali bisogni risultano più acuti, proprio in ragione della minore

resilienza dei servizi pubblici e della relativa maggiore debolezza dei DSM delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). A tal riguardo, vale evidenziare che in queste Regioni si riscontra sia un basso numero di strutture psichiatriche territoriali (in Molise n. 1,1 strutture psichiatriche territoriali ogni 100.000 abitanti, in Campania e Puglia 1,4, in Basilicata 1,5, in Sardegna 1,7, a fronte di una media di 2,9 nelle restanti Regioni e Province Autonome) sia una difficoltà nell'identificazione precoce e nella presa in carico del paziente da parte dei Servizi di Salute mentale, sia una scarsa propensione nel costruire un progetto terapeutico coerente con i bisogni specifici espressi dalle persone con problemi di salute mentale. A ciò si aggiunge, in alcune tra le 7 Regioni MS, un numero più elevato rispetto alla media nazionale di Trattamenti Sanitari Obbligatorii (interventi sanitari che possono essere applicati in caso di motivata necessità ed urgenza e qualora sussista il rifiuto al trattamento da parte del soggetto che deve ricevere assistenza), rispetto a quello registrato nelle restanti Regioni d'Italia. Il budget di salute a sostegno del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato appare pertanto come lo strumento per realizzare la presa in carico più efficace delle persone con problemi di salute mentale, mantenendole nel proprio ambiente di vita nelle migliori condizioni possibili e riducendo i tassi di istituzionalizzazione presso le strutture di salute mentale.

Infine, risulta necessario investire sulla creazione di percorsi clinico assistenziali efficacemente orientati alla salute di genere[1], che interessino, in particolare, i Consultori Familiari (CF) in quanto punti di primo accesso sanitario sui territori. Infatti, i CF erogano prestazioni ad accesso diretto per la promozione e la tutela della salute riproduttiva, familiare e dell'adolescenza, riscontrando spesso un'utenza di cittadini stranieri anche non regolarmente residenti e di cittadini italiani in condizione di povertà. In ragione di tale vocazione verso le fasce di vulnerabilità, presso tali luoghi si intende cogliere l'opportunità di intervenire, anche a livello di prevenzione sanitaria, su importanti gruppi di patologia con maggiore prevalenza collegata al genere.

In linea generale, le Regioni MS esprimono un numero medio di residenti per sede consultoriale più elevato rispetto al *gold standard*, pari a un consultorio ogni 20.000 abitanti; in Molise è presente un consultorio ogni 65.000 abitanti, in Campania 1 ogni 40.000, in Sicilia e Sardegna 1 ogni 30.000 e si rileva, di conseguenza, un "affaticamento" di tali servizi. Con riguardo alla presenza di un programma di aggiornamento multiprofessionale per il personale dei consultori, nelle Regioni del Sud si osserva una presenza limitata al 60% a fronte di una media superiore al 95% nelle Regioni del Centro Nord. Questo dato è particolarmente discriminante considerando che i servizi consultoriali si basano sul lavoro in *équipe* e che la molteplicità degli interventi che i consultori sono chiamati a svolgere - anche in relazione ai cambiamenti del territorio in cui sono inseriti - rendono necessario un aggiornamento continuo.

[1] Secondo l'OMS, il fattore genere è il risultato di criteri costruiti su parametri sociali circa il comportamento, le azioni e i ruoli attribuiti ad un sesso ed elemento portante per la promozione della salute che, in determinate situazioni di bisogno sociosanitario, può aumentare il rischio di esclusione da percorsi di assistenza appropriati.

1.5 La dimensione strategica del nuovo Programma Nazionale Equità nella Salute

Il PN muove dalle premesse poc'anzi descritte e persegue, mediante strumenti specificamente progettati, l'obiettivo di intervenire nelle sette Regioni identificate sulle quattro aree di bisogni sanitari sopra richiamati, per rafforzare la resilienza dei servizi sanitari e rendere più equo l'accesso per le fasce della popolazione in condizioni di vulnerabilità socio-economica.

Il Reg (UE) 2021/1060 prevede tra i propri obiettivi di *policy*, il perseguimento di un'Europa più sociale e inclusiva attraverso l'attuazione del Pilastro europeo dei diritti sociali. In questa cornice rilevano, in particolare, i principi 16 "assistenza sanitaria", 18 "assistenza a lungo termine" e la comunicazione "Piano d'Azione sul pilastro europeo dei diritti sociali" - COM(2021) 102 - nella parte relativa alla "Protezione sociale e inclusione - Promuovere la salute e garantire l'assistenza" - dove la Commissione invita gli Stati membri "a investire nel personale sanitario e assistenziale, migliorandone le condizioni di lavoro e l'accesso alla formazione" e "a promuovere la digitalizzazione dei loro sistemi sanitari e ad affrontare le disuguaglianze sanitarie".

Inoltre, la strategia del PN recepisce le Raccomandazioni Paese 2020 del Consiglio UE [Com(2020) 512 final] che includono il richiamo a “1. (...) rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario per quanto riguarda gli operatori sanitari, i prodotti medici essenziali e le infrastrutture” e contribuirà agli obiettivi principali per il 2030 in materia di occupazione, competenze, protezione sociale e inclusione.

Infine esso presenta un’elevata coerenza con gli OS dei Regolamenti FSE+ e FESR e con l’assetto istituzionale del SSN e del Sistema di assistenza sociale.

1.6 Aree e metodologia d’intervento

Il PN ha quindi individuato 4 aree di bisogni sanitari che rappresentano “spazi” della salute dove, da un lato, è più urgente intervenire e, dall’altro, è maggiormente necessaria un’iniziativa nazionale a supporto dell’organizzazione regionale e locale dei servizi sociosanitari. A tali bisogni, il PN risponde con le seguenti **aree di intervento**:

- **contrastare la povertà sanitaria**, che ha l’obiettivo di ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico, mediante il paradigma della sanità pubblica di prossimità, dell’inclusione attiva, dell’integrazione sociosanitaria e di comunità
- **prenderci cura della salute mentale**, che si pone l’obiettivo di rafforzare i servizi sanitari e potenziare le capacità dei DSM delle ASL/ASP sperimentando modelli integrati di collaborazione con i servizi sociali dei Comuni e gli Enti del Terzo Settore (ETS), orientati alla presa in carico personalizzata delle persone con problemi di salute mentale, per favorirne il recupero dell’autonomia personale e il ripristino delle competenze sociali
- **porre il genere al centro della cura**, che intende rafforzare i servizi sanitari per rendere le problematiche della salute di genere centrali rispetto ai percorsi clinico-assistenziali relativi ad alcune delle principali patologie con prevalenza connessa al genere, nella consapevolezza della sua trasversalità e multidisciplinarietà
- **assicurare una maggiore copertura degli screening oncologici**, che ha l’obiettivo di migliorare l’efficacia e l’efficienza dei 3 programmi nazionali di screening (collo dell’utero, mammella e colon-retto) potenziando la capacità dei servizi sanitari di individuare e includere negli stessi programmi anche la popolazione in condizione di vulnerabilità socio-economica o che abita in aree remote o svantaggiate o che, per vari motivi, non ne fruisce, e modellizzando nuovi percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA).

Il PN, quindi, supporta azioni di sistema anche attivando un partenariato operativo con gli ETS e con i servizi sociali dei Comuni, contando su adeguati modelli di intervento e indicazioni operative.

Prevede l’adozione di strumenti che completino la presa in carico appropriata dei bisogni clinico-assistenziali di coloro che sono all’interno di percorsi di diagnosi e cura, che, con il loro carattere di specialità e addizionalità, rafforzano il modello assistenziale ordinario.

Il PN intende intervenire sia con un potenziamento delle azioni di *outreaching* per l’emersione e la qualificazione dei bisogni inespressi sui territori, specie di coloro che versano in condizioni di particolare vulnerabilità, sia mediante interventi in grado di attivare le relazioni di prossimità e i punti di riferimento formali e informali delle Comunità locali nell’individuazione di tali bisogni di salute, stimolando l’*empowerment* degli stessi individui.

Non da ultimo, il PN sostiene il potenziamento del personale dei servizi socio-sanitari e l’acquisizione, da parte dello stesso, delle competenze professionali necessarie.

Se, per un verso, alcune di queste azioni richiedono ai servizi sanitari e ai loro professionisti di operare al di fuori delle “mura” materiali dei punti di erogazione sul territorio, così come ridisegnati dalla prossima riforma della medicina territoriale e delle cure primarie, per altro verso è altresì essenziale che esse vengano accompagnate da una capacitazione dell’offerta sociosanitaria che il paradigma della sanità pubblica di prossimità identifica come “mediazione di sistema”. Tale mediazione è mirata, tra l’altro, a cogliere la multidimensionalità dei bisogni attraverso l’analisi dei diversi determinanti sociali e culturali

che agiscono sul vissuto degli individui vulnerabili, poiché contribuiscono anche alla percezione della propria salute e alla consapevolezza dei bisogni, anche in un'ottica di *empowerment* e di autogestione.

Il PN in tale quadro punta a potenziare la filiera sanitaria, facilitando l'accesso alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie anche delle persone vulnerabili, nella piena attuazione dell'integrazione socio-sanitaria. Nel fare ciò, si inciderà sui contesti operativi in cui tali prestazioni vengono organizzate ed erogate, anche attraverso l'adozione di modelli innovativi relativi alla sperimentazione di percorsi di accesso e di formazione di *équipe* multiprofessionali specializzate.

Nell'ambito dei nuovi modelli di intervento messi in campo, le azioni ritenute più efficaci potranno essere oggetto di *scaling up* nel contesto nazionale, anche per il tramite di specifiche competenze interne al Ministero della salute dotate di esperienza di networking tra il livello centrale e le Regioni e Province Autonome.

Durante l'attuazione del programma l'Autorità di Gestione promuoverà l'uso strategico degli appalti pubblici a sostegno degli obiettivi strategici (compresi gli sforzi di professionalizzazione per colmare le lacune in termini di capacità). I beneficiari saranno incoraggiati a utilizzare più criteri relativi alla qualità e al costo del ciclo di vita. Ove possibile, le procedure di appalto pubblico includeranno considerazioni ambientali (ad esempio criteri per gli appalti pubblici verdi) e sociali, nonché incentivi all'innovazione.

1.7 Le sinergie con altri programmi

Demarcazione e complementarietà tra il PN Equità nella Salute e il PN Inclusione

Il PN si pone in sinergia e complementarietà con il PN Inclusione principalmente rispetto alle aree della povertà sanitaria e della salute mentale, nelle specifiche azioni da realizzarsi con il coinvolgimento dei servizi sociali dei Comuni per la prima area e alla definizione di strategie di relazione tra i servizi sanitari, i servizi sociali, gli ETS e tutti gli altri soggetti pubblici interessati per la piena attuazione di PTRP e l'utilizzo del Budget di salute, nonché per le pertinenti attività di formazione. In tali aree si valuteranno, in corso di attuazione, specifiche opportunità di raccordo e precise modalità operative di collaborazione tra i due programmi tali da consentire il coordinato utilizzo delle risorse disponibili e di massimizzare l'impatto di entrambi.

Demarcazione e complementarietà tra PN Equità nella Salute e Programmi regionali

Il PN si pone in sinergia con le Programmazioni delle Regioni interessate sia perché mira ad un miglioramento dei loro sistemi sanitari e socio-sanitari, sia perché tutte le Regioni coinvolte nel PN hanno partecipato – nel percorso comune di co-programmazione – alle attività di analisi e identificazione delle esigenze, alla definizione delle priorità e dei relativi obiettivi specifici. Risultato di questo percorso è una demarcazione tra la Programmazione nazionale e quella regionale in termini di interventi nelle aree identificate, fermo restando il mantenimento di un dialogo aperto con le Regioni per contestualizzare la Programmazione, stimolare sinergie di iniziative con i PR e massimizzare l'impatto delle azioni del PN Equità nella salute.

Demarcazione e complementarietà tra PN Equità nella Salute e PNRR

Gli interventi del PN saranno sviluppati in modo coordinato e sinergico con il PNRR. La componente n. 1 della missione n. 6 prevede il potenziamento di strutture e presidi territoriali quali le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e lo sviluppo della telemedicina. Nel raffrontare le aree di intervento del PN con il progetto delle Case della Comunità, si osserva che il Regolamento di riforma dell'assistenza territoriale, riforma abilitante gli investimenti del PNRR, non interviene sulla dimensione della "Salute Mentale". Con riguardo alle tematiche di "genere al centro della cura", il PNRR introduce lo standard di 1 consultorio familiare ogni 20.000 abitanti ma non dedica risorse finalizzate a tale intervento e indica come facoltativa la loro presenza all'interno della Casa di comunità laddove il PN prevede un'azione di modellizzazione di un servizio innovativo sulla base di modelli individuati a livello centrale che verranno attuati sperimentalmente a livello locale. Con riguardo all'area di intervento "Contrastare la povertà sanitaria", il PN prevede azioni da erogare anche attraverso ambulatori mobili, che integreranno i servizi offerti dalle Case della Comunità; per l'area "Maggiore

copertura degli screening oncologici” le azioni del PN, erogabili attraverso ambulatori mobili, potranno integrare gli interventi realizzati nelle Case della Comunità.

I servizi di telemedicina, potenziati dal PNRR, potranno rafforzare l'azione assicurata dagli interventi del PN, che non prevede misure in tal senso.

Inoltre, per quanto concerne 1) l'Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero e 2) lo Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario (componente 2 della missione 6) il PN potrà completare la dotazione tecnologica delle strutture di proprio riferimento con apparecchiature non previste nell'elenco indicato dal PNRR (come nel caso di piccole apparecchiature, anche mobili) oppure con il potenziamento (non sostituzione per vetustà) di quelle previste dal PNRR. In relazione al secondo punto - che il PNRR declina in: i) incremento delle borse di studio in medicina generale ii) progetto formativo in materia di infezioni ospedaliere, esteso a tutto il personale degli ospedali; iii) percorso formativo manageriale rivolto in particolare ai direttori di distretto - le attività formative previste dal PN si focalizzeranno sullo sviluppo di competenze di tipo clinico assistenziale relative alle tematiche specifiche.

Il PN si pone in posizione di complementarietà con il **Programma EU4health**. E' stabilito un gruppo di coordinamento interno al Segretariato Generale per garantire la complementarietà tra le iniziative [1].

Si prevede la creazione di sinergie e complementarietà anche con il programma **FAMI**.

[1] Aree di intervento comuni ai due programmi: Accesso ai servizi, potenziamento e trasformazione dei sistemi sanitari (componente digitale, formativa, ricerca, ecc.)

1.8 Governance

L'Autorità di Gestione è istituita presso l'Ufficio 4 del Segretariato Generale del Ministero della salute.

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) è individuato quale Organismo Intermedio (OI) per l'attuazione degli interventi relativi all'area “Contrastare la povertà sanitaria”; relativamente alle altre tre aree, potranno essere individuate le Regioni quali OI.

Per le attività di supporto e gestione delle relazioni con le Regioni, l'AdG si avvarrà anche del ProMIS (Programma Mattone Internazionale Salute) nonché delle reti istituzionali e dei tavoli tecnici già esistenti presso le competenti Direzioni Generali del Ministero.

I principali beneficiari del PN saranno le ASL/ASP che opereranno in sinergia con gli altri stakeholder del PN, quali ad esempio Regioni, Comuni e ETS.

1. Strategia del programma: principali sfide e risposte strategiche

Tabella 1

Obiettivo strategico o obiettivo specifico del JTF	Obiettivo specifico o priorità dedicata *	Giustificazione (sintesi)
4. Un'Europa più sociale e inclusiva attraverso l'attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali	RSO4.5. Garantire parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuovere la resilienza dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria di base, come anche promuovere il passaggio dall'assistenza istituzionale a quella su base familiare e sul territorio	Nelle Regioni meno sviluppate i servizi sanitari e sociosanitari necessitano di un potenziamento della propria capacità di resilienza, al fine di sostenere in modo efficace le variazioni della domanda di salute, anche nei momenti di particolare stress dei servizi, puntando su un modello di sanità pubblica di prossimità.
4. Un'Europa più sociale e inclusiva attraverso l'attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali	ESO4.11. Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità	Nelle Regioni meno sviluppate, l'appropriatezza dell'accesso dei pazienti vulnerabili ai servizi sanitari secondo i livelli essenziali di assistenza (LEA) non risulta adeguata, anche a causa di difficoltà strutturali/organizzative dei servizi territoriali, ciò costituendo, di fatto, un elemento frenante per la piena attuazione degli obiettivi del SSN. Pertanto, con il presente PN si intende realizzare un intervento di investimento di sistema e di capacitazione dei servizi sanitari e socio assistenziali sia attraverso la definizione e l'adozione di modelli di presa in carico efficaci per l'utenza sia mediante l'adeguamento delle competenze degli operatori sanitari e socio-sanitari coinvolti nei servizi oggetto del presente Programma. Altresì, il Programma persegue le proprie azioni di sistema anche attivando un partenariato operativo con gli Enti del Terzo Settore e con i servizi sociali dei Comuni, in grado di sviluppare adeguati modelli di intervento e indicazioni operative. Infine, per favorire l'accesso dei pazienti con vulnerabilità socio-economica ai servizi sanitari territoriali è prevista un'importante

Obiettivo strategico o obiettivo specifico del JTF	Obiettivo specifico o priorità dedicata *	Giustificazione (sintesi)
		azione di supporto dei bisogni di cura all'interno di percorsi clinico-assistenziali specifici.

*Priorità dedicate a norma del regolamento FSE+

2. Priorità

Riferimento: articolo 22, paragrafo 2, e articolo 22 paragrafo 3, lettera c), del CPR

2.1. Priorità diverse dall'assistenza tecnica

2.1.1. Priorità: 1. Servizi sanitari più equi ed inclusivi

2.1.1.1. Obiettivo specifico: ESO4.11. Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con disabilità (FSE+)

2.1.1.1.1. Interventi dei fondi

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punti i), iii), iv), v) vi) e vii), del CPR

Tipi di azioni correlate - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto i), del CPR e articolo 6, del regolamento FSE+

Si intende rafforzare i servizi socio-sanitari, inclusa la *governance* e il dialogo tra servizi sanitari e sociali, e prendersi carico dei bisogni di salute delle persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico, mediante l'adozione di un modello d'intervento di accesso a bassa soglia basato sui paradigmi della sanità pubblica di prossimità, dell'inclusione attiva, dell'integrazione sociosanitaria e di comunità.

Di seguito le 4 aree di intervento individuate:

Contrastare la povertà sanitaria

Si prevede il potenziamento della medicina di prossimità per la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione in vulnerabilità socio-economica, attraverso l'*outreaching* e l'attivazione di Comunità, funzionali alla quantificazione e qualificazione dei bisogni di salute inespressi da rappresentare ai servizi territoriali e al loro soddisfacimento immediato.

Attraverso un approccio di offerta attiva extra moenia si prevede l'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante personale sanitario e socio-sanitario dedicato da utilizzare in attività di *outreaching*, che operi anche in ambulatori mobili, oltre che in spazi già esistenti, in collaborazione con tutte le articolazioni del territorio (a titolo esemplificativo e non esaustivo, ETS, parrocchie e strutture dei servizi sociali dei Comuni), in modo da raggiungere le persone *hard to reach* e la popolazione invisibile ai servizi sanitari, per soddisfarne i bisogni di cura all'interno di percorsi clinico-assistenziali e prevedendo, qualora necessaria, l'erogazione di medicinali e dispositivi i cui costi sono a carico del paziente e, ove necessario, il *referral* verso le strutture della medicina territoriale o ospedaliera.

Funzionali a tale modalità operativa saranno gli accordi di co-progettazione con gli ETS e il coinvolgimento, nel partenariato operativo, dei servizi sociali dei

Comuni, per facilitare l'ingaggio e *compliance* delle persone in povertà sanitaria. Gli ETS forniranno supporto alle ASL nell'individuazione e nella qualificazione dei bisogni di salute e faciliteranno la presa in carico efficace dei destinatari delle azioni all'interno dei percorsi clinico assistenziali. Ancora, gli ETS potranno supportare le ASL nell'ingaggio efficace dei destinatari collaborando con i servizi socio-assistenziali attivi sul territorio

Prendersi cura della salute mentale

L'obiettivo è rafforzare la resilienza dei servizi sanitari e potenziare la capacità dei Centri di salute mentale, interni ai DSM delle ASL, tramite la sperimentazione di modelli integrati di collaborazione con servizi sociali e ETS, orientati alla presa in carico personalizzata della persona con problemi di salute mentale, volta a favorire il recupero dell'autonomia personale e il ripristino delle competenze sociali (*recovery*). Saranno sperimentati e promossi all'interno dei DSM modelli e percorsi per favorire l'attuazione del Budget di salute, quale strumento operativo di integrazione socio-sanitaria finalizzato alla definizione qualitativa e quantitativa delle risorse umane, economiche e professionali necessarie all'attivazione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP), efficaci nel restituire centralità alla persona e ai suoi bisogni multidimensionali. I PTRP saranno oggetto di erogazione sperimentale, sulla base di un modello innovativo, volto a migliorare i servizi ordinari, già erogati dai DSM, che il PN intende integrare e migliorare.

Le ASL potranno stipulare accordi di co-progettazione con gli ETS che saranno coinvolti per identificare i bisogni da soddisfare, gli interventi necessari, le modalità di realizzazione degli stessi. Se previsto dal Budget di salute le persone assistite in condizione di vulnerabilità economica potranno anche beneficiare, per il tramite degli ETS, di un contributo economico per il sostegno abitativo. Verranno coinvolti Esperti di Supporto tra Pari (ESP), che, opportunamente formati, svolgeranno attività di *advocacy* e di orientamento

Il genere al centro della cura

L'obiettivo è intervenire sull'organizzazione della rete dei Consultori Familiari, per renderli più funzionali alla presa in carico in ottica di medicina di genere. Verranno individuati e sperimentati percorsi facilitati e integrati per il riconoscimento precoce di bisogni speciali legati al genere e la loro trattazione con percorsi *ad hoc*. Particolare attenzione sarà dedicata alla formazione del personale, all'organizzazione dei servizi, all'individuazione di percorsi diagnostico terapeutici genere-specifici, attenti ai comportamenti dell'individuo che determinano gli stili di vita o il ruolo sociale, alla diversa incidenza di particolari patologie tra uomini e donne, al diverso ricorso ai servizi sanitari e al diverso atteggiamento nei confronti della medesima malattia. L'intervento prevede un'azione a livello centrale volta all'individuazione di percorsi/modelli/buone pratiche da attuare in via sperimentale a livello locale nelle Regioni oggetto del PN. I risultati della sperimentazione potranno essere diffusi e resi disponibili a tutte le Regioni e Province Autonome

Maggiore copertura degli screening oncologici

L'area di intervento, riferita in particolare ai 3 programmi di screening organizzati - cancro mammella, collo dell'utero e colon-retto - mira ad ampliare la base delle persone che vi aderiscono, facendo emergere anche gli individui che sfuggono all'invito da parte delle ASL e quelli che, pur invitati, non aderiscono. Tale seconda fattispecie è spesso legata sia a una scarsa propensione ad aderire a iniziative di prevenzione sanitaria (talora a causa di un basso livello di istruzione anche per le persone straniere residenti sulle quali agiscono determinanti socio-culturali sfavorevoli e la scarsa familiarità con iniziative di medicina preventiva), sia alla difficoltà a raggiungere i punti di *screening* per la distanza dall'abitazione o per la difficoltà dei collegamenti.

Pertanto, è prevista un'azione di rafforzamento della capacità dei servizi di *screening*, volta ad ampliare l'offerta di punti di screening oncologici e allargare la platea di partecipanti, attraverso la modellizzazione di nuovi percorsi, la promozione di modalità comunicative efficaci ai fini di una maggiore adesione ai programmi e l'adeguamento delle competenze del personale. Tramite la collaborazione tra ETS, servizi sociali dei Comuni, personale sanitario e amministrativo di ASL verranno individuate metodologie e strumenti per l'integrazione e l'aggiornamento continuo delle liste anagrafiche degli inviti nonché per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi di screening. Per detta finalità verranno anche utilizzate le analisi dei bisogni sviluppate per l'area Contrastare la povertà sanitaria

Le azioni del programma

1. Presa in carico sanitaria e socio-sanitaria dei bisogni di salute delle persone in vulnerabilità socio economica relativamente all'area "Contrastare la Povertà sanitaria".

L'azione mira alla presa in carico efficace dei bisogni di salute delle persone in condizioni di vulnerabilità socio economica, anche attraverso il potenziamento del numero dei professionisti sanitari dedicati e all'erogazione delle prestazioni comprensive, ove necessario per il risultato della cura, dei farmaci e dispositivi a carico del paziente. Per una presa in carico efficace ci si avvarrà del contributo degli ETS, attraverso attività oggetto di co-progettazione.

2. Rafforzamento dei servizi sanitari e socio sanitari oggetto dell'intervento nelle 4 aree del programma.

L'azione è rivolta alla quantificazione e qualificazione dei bisogni sanitari, alla promozione di modalità comunicative efficaci e all'identificazione e sperimentazione di modelli di prevenzione e presa in carico efficaci dei bisogni di salute principalmente attraverso il potenziamento del numero e il rafforzamento delle competenze degli operatori sanitari, socio-sanitari e di tutti i soggetti rilevanti.

3. Rafforzamento del partenariato di Programma sulle quattro aree d'intervento

Le azioni di rafforzamento del partenariato sono volte allo sviluppo e alla condivisione di metodi e strumenti a supporto delle attività di integrazione socio sanitaria in co-progettazione.

Per consentire il tempestivo avvio della programmazione 2014-2020 l'AdG potrà avviare operazioni a valere sul PN anche prima dell'approvazione da parte del CdS dei criteri di selezione delle operazioni, nel rispetto delle previsioni del Reg. (UE) 2021/1060, art 63. Ai fini dell'inserimento delle relative spese nei conti, l'AdG effettuerà una verifica tesa ad accertare che tali operazioni siano conformi ai criteri di selezione approvati dal CdS, formalizzata in nota interna per l'ammissione a finanziamento nel PN. In linea art. 63.6 non sono selezionate per ricevere sostegno dai fondi le operazioni materialmente completate o pienamente attuate prima che sia stata presentata la domanda di finanziamento a titolo del PN. L'AdG garantisce i propri adempimenti in materia di pubblicità e comunicazione, fermo restando da parte dei beneficiari il rispetto della normativa pertinente richiamata negli avvisi e nei bandi.

Le tipologie di azioni proposte sono state giudicate compatibili con il principio DNSH, in quanto non si prevede che abbiano un impatto ambientale negativo significativo a causa della loro natura.

I principali gruppi di destinatari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iii), del CPR:

Destinatari delle azioni di presa in carico sono individui in stato di vulnerabilità socio economica che non riescono ad ottenere una presa in carico sanitaria e socio sanitaria adeguata (es. individui con mancanza o instabilità di reddito, di lavoro o di abitazione, soggetti invisibili con elevata marginalità sociale come senza fissa dimora e cittadini di paesi terzi, incluse le comunità RSC, individui con vulnerabilità psichica e quindi sociale) nel rispetto della Carta dei diritti fondamentali della UE, sia in termini di non discriminazione che di protezione della salute. Verrà considerato il modo più efficace per raggiungere le diverse tipologie di potenziali destinatari. In particolare, per le comunità RSC, saranno attuate azioni in linea con la Strategia nazionale di uguaglianza, inclusione e partecipazione di Rom e Sinti 2014-2020.

Destinatari di azioni di rafforzamento dei servizi e del partenariato sono ASL, ETS, servizi sociali.

Destinatari di azioni di adeguamento delle competenze sono medici, inclusi Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, operatori sanitari e socio-sanitari, ETS, EPS e operatori dei servizi sociali dei Comuni.

Azioni a tutela dell'uguaglianza, dell'inclusione e della non discriminazione - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iv), del CPR e articolo 6 del regolamento FSE+

Le azioni previste dalla presente priorità hanno la finalità, per loro stessa vocazione, di promuovere l'uguaglianza nell'accesso al Servizio Sanitario Nazionale degli individui destinatari della priorità che, generalmente, sfuggono a ogni tipo di rilevazione in considerazione della loro invisibilità e della loro difficoltà nell'essere raggiunti o mostrano particolare difficoltà o diffidenza nell'accedervi, affinché possano anch'essi compiutamente esercitare il loro diritto alla salute, secondo le garanzie stabilite dai Livelli Essenziali di Assistenza e le necessità poste all'interno dei percorsi clinico assistenziali, assicurando, al contempo, che tali servizi non discriminino "di fatto" per genere biologico, identità di genere, origine razziale o etnica, religione o convinzioni personali, disabilità, età o orientamento sessuale. Tutto ciò nel rispetto di quanto sancito dalla Carta dei diritti fondamentali della UE agli articoli 21 e 35.

Nell'ambito delle medesime azioni, saranno previste modalità operative di erogazione dei servizi necessari con particolare attenzione alle diverse specificità e vulnerabilità culturali identificate per i destinatari coinvolti. Sarà inoltre garantito, nella selezione delle operazioni, il pieno rispetto dei principi orizzontali.

Indicazione dei territori specifici cui è diretta l'azione, compreso l'utilizzo previsto degli strumenti territoriali - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto v), del CPR

Gli interventi proposti coinvolgeranno tutto il territorio delle Regioni meno sviluppate, non adottando specifici strumenti territoriali, ma offrendo garanzia di coordinamento tra il livello centrale e quello regionale/locale per ciò che attiene lo sviluppo delle azioni della Priorità. In particolar modo, si procederà a individuare, per ogni singola Regione oggetto dell'intervento del PN e in collaborazione con le amministrazioni di riferimento, gli ambiti territoriali specifici sui quali verranno attivate modalità operative pertinenti al fine del soddisfacimento del bisogno di salute emerso dal *target*.

Le azioni interregionali, transfrontaliere e transnazionali - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto vi), del CPR

Non è prevista la realizzazione di azioni interregionali, transfrontaliere e transnazionali.

L'utilizzo previsto degli strumenti finanziari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto vii), del CPR

Non si prevede al momento l'uso degli strumenti finanziari

2.1.1.1.2. Indicatori

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto ii), del CPR; articolo 8 del regolamento FESR e FC

Tabella 2: indicatori di output

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	ID	Indicatore	Unità di misura	Target intermedio (2024)	Target finale (2029)
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	EECO01	Numero complessivo dei partecipanti	persone	2.000,00	80.000,00
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	EECO13	Cittadini di paesi terzi	persone	800,00	32.000,00
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	EECO18	Numero di pubbliche amministrazioni o servizi pubblici sostenuti	entità	7,00	38,00
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	PSOI_1	Numero di Dipartimenti di Salute Mentale coinvolti (sostenuti)	Numero Dipartimenti di Salute Mentale	2,00	33,00

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto ii), del CPR

Tabella 3: indicatori di risultato

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	ID	Indicatore	Unità di misura	Valore di base o di riferimento	Anno di riferimento	Target finale (2029)	Fonte dei dati	Osservazioni
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	ISR4_2IT	Numero di partecipanti che alla conclusione dell'intervento si trovano in una situazione migliorativa	Numero partecipanti	40.000,00	2022	40.000,00	Registri informatici aziendali/ Sistema informativo	
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	PSRI_1	Numero di accordi stipulati dalle pubbliche amministrazioni sostenute con altre pubbliche amministrazioni o enti del terzo settore a livello nazionale, regionale o locale su attività oggetto dell'intervento	Numero accordi	0,00	2022	38,00	Sistema di monitoraggio	
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	PSRI_2	Numero di Dipartimenti di Salute Mentale che hanno sperimentato i Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati	Numero Dipartimenti di Salute Mentale	7,00	2022	30,00	Sistema di monitoraggio	

2.1.1.1.3. Ripartizione indicativa delle risorse (UE) programmate per tipo di intervento

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto viii), del CPR

Tabella 4: dimensione 1 - settore di intervento

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	160. Misure volte a migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari (infrastrutture escluse)	216.000.000,00
1	ESO4.11	Totale			216.000.000,00

Tabella 5: dimensione 2 - forma di finanziamento

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	01. Sovvenzione	216.000.000,00
1	ESO4.11	Totale			216.000.000,00

Tabella 6: dimensione 3 - meccanismo di erogazione territoriale e approccio territoriale

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	33. Altri approcci - Nessun orientamento territoriale	216.000.000,00
1	ESO4.11	Totale			216.000.000,00

Tabella 7: dimensione 6 - tematiche secondarie FSE+

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	05. Non discriminazione	216.000.000,00
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	07. Sviluppo delle capacità delle parti sociali	721.953,00
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	08. Sviluppo delle capacità delle organizzazioni della società civile	721.953,00
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	10. Affrontare le sfide individuate nel semestre europeo	216.000.000,00
1	ESO4.11	Totale			433.443.906,00

Tabella 8: dimensione 7 - dimensione della parità di genere del FSE+*, del FESR, del Fondo di coesione e del JTF

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
1	ESO4.11	FSE+	Meno sviluppate	02. Integrazione di genere	216.000.000,00
1	ESO4.11	Totale			216.000.000,00

*In linea di principio, un contributo del 40 % a titolo del FSE+ è destinato al tracciamento in materia di parità di genere. Si applica il 100 % quando lo Stato membro sceglie di valersi dell'articolo 6 del FSE+

2.1.1. Priorità: 2. Servizi sanitari di qualità

2.1.1.1. Obiettivo specifico: RSO4.5. Garantire parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuovere la resilienza dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria di base, come anche promuovere il passaggio dall'assistenza istituzionale a quella su base familiare e sul territorio (FESR)

2.1.1.1.1. Interventi dei fondi

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punti i), iii), iv), v) vi) e vii), del CPR

Tipi di azioni correlate - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto i), del CPR e articolo 6, del regolamento FSE+

Mediante le azioni di seguito descritte, si intende conseguire l'obiettivo di rafforzare e migliorare la qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari erogati nelle Regioni meno sviluppate, riducendone le barriere di accesso.

Rafforzamento della resilienza e della capacità dei servizi sanitari e socio-sanitari di rispondere ai bisogni di salute attraverso interventi di adeguamento infrastrutturale, tecnologico-strumentale e forniture di dispositivi medici durevoli.

L'azione prevede una serie di investimenti e di innovazioni volte a supportare i servizi sanitari territoriali nel cambiamento necessario a garantire, al meglio, i bisogni di cura della popolazione. Si prevedono, tra gli altri, interventi infrastrutturali e di adeguamento tecnologico e strumentale a favore dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), dei Consultori Familiari (CF) e dei Punti per gli screening oncologici.

Con riferimento all'area di intervento "contrastare la povertà sanitaria", si provvederà ad effettuare investimenti volti a migliorare l'accesso ai servizi sanitari, attraverso un pacchetto di servizi socio-sanitari, anche di tipo odontoiatrico, che preveda tra l'altro l'uso di *motorhome* dotati di attrezzature diagnostico-operative portatili o di medio-bassa complessità tecnologica, in grado di "portare" i servizi laddove emerga la necessità di un intervento diagnostico-terapeutico mirato o di *referral* alle strutture sanitarie territoriali. Tali investimenti, pertanto, contribuiscono alla riduzione delle attuali disparità territoriali nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, consentendo anche una più capillare distribuzione dell'offerta presso le aree remote o svantaggiate. Infine, per quanto attiene la fornitura di dispositivi medici durevoli (protesi odontoiatriche), poiché i LEA finanziati dal budget nazionale non ne coprono le spese, si generano per i soggetti in condizione di vulnerabilità socio-economica, elementi di forte iniquità e dinamiche di rinuncia alle cure. L'intervento proposto risulta dunque complementare con quanto garantito dai LEA.

Con riferimento ai DSM, si procederà a realizzare interventi di adeguamento infrastrutturale e riqualificazione della rete dei servizi territoriali e degli ambienti di ricezione, nonché interventi di potenziamento delle dotazioni strumentali e tecnologiche.

Anche con riferimento ai Consultori Familiari (CF), verranno eseguiti interventi di adeguamento strutturale, tecnologico e potenziamento delle attrezzature sanitarie da effettuare sulla base delle esigenze specifiche emerse nei vari territori delle ASL/ASP.

Infine, con riferimento ai Punti per gli screening oncologici, nell'ottica di una maggiore capillarità e prossimità dell'offerta, sono previsti interventi di adeguamento infrastrutturale, tecnologico e strumentale, anche per l'apertura di nuovi punti in spazi sanitari già esistenti, nonché l'acquisto di *motorhome* attrezzati anche con mammografi digitali con la finalità di allargare la platea di partecipanti.

Si farà ricorso al sostegno congiunto, ex art 25(2) del Reg (UE) 2021/1060 nel limite del 15% delle risorse FESR, per la copertura dei costi necessari all'attuazione delle operazioni relative alla presente priorità. Nello specifico, tale sostegno verrà utilizzato a copertura dei costi necessari per il potenziamento del personale che opererà per il rafforzamento dei servizi dello screening oncologico rivolti alla popolazione generale e per il personale ingaggiato nell'erogazione delle prestazioni odontoiatriche ai soggetti in condizione di vulnerabilità socio-economica..

Per i suddetti interventi, i beneficiari saranno incoraggiati a utilizzare criteri di qualità e di costo del ciclo di vita. Nelle procedure di appalto verranno integrate considerazioni ambientali e sociali, nonché incentivi all'innovazione.

Aumento dell'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari attraverso azioni di rafforzamento della capacità dei servizi sanitari di erogare prestazioni appropriate alla popolazione target e azioni di sensibilizzazione sanitaria e per la salute.

Le attività sono principalmente incentrate sulla produzione di strumenti metodologici utili all'osservazione costante dell'assistenza sanitaria erogata dai servizi territoriali, anche attraverso la raccolta di una serie di informazioni che, opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori di salute, consentano di leggere importanti aspetti dell'andamento dell'assistenza medesima, inclusi gli indicatori della qualità, dell'appropriatezza e del costo. La raccolta di informazioni utili alla verifica dell'efficacia dei servizi sanitari avverrà anche tramite l'utilizzo di attrezzature informatiche e software gestionali *ad hoc*.

Inoltre, si evidenzia come in sanità pubblica la sensibilizzazione della popolazione *target* sia elemento fondamentale, per taluni versi propedeutico, per la promozione della salute, soprattutto laddove si intenda intercettare le persone che hanno difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari. L'obiettivo, è informare i destinatari sull'esistenza di servizi socio-sanitari dedicati e di accompagnamento e sostegno alle cure per promuovere il complessivo miglioramento dello stato di salute, e informare anche coloro che, per scarsa consapevolezza dell'importanza della prevenzione, non riescono a cogliere l'opportunità di un servizio sanitario pubblico universalistico e inclusivo.

Saranno utilizzati gli strumenti comunicativi più opportuni in grado di raggiungere e coinvolgere, in modo efficace ed efficiente, la più ampia fascia di popolazione, colmando i *gap* comunicativi e utilizzando, ove necessario, un approccio multiculturale e di offerta attiva, anche in collaborazione con Istituzioni, Enti del Terzo settore e altri soggetti rilevanti presenti nei territori.

Per consentire il tempestivo avvio della programmazione 21-27 l'AdG potrà avviare operazioni a valere sul PN anche prima dell'approvazione da parte del CdS dei criteri di selezione delle operazioni, nel rispetto delle previsioni del Reg. (UE) 2021/1060, art 63. Ai fini dell'inserimento delle relative spese nei conti, l'AdG effettuerà una verifica tesa ad accertare che tali operazioni siano conformi ai criteri di selezione approvati dal CdS, formalizzata in nota interna per l'ammissione a finanziamento nel PN. In linea art. 63.6 non sono selezionate per ricevere sostegno dai fondi le operazioni materialmente completate o pienamente attuate prima che sia stata presentata la domanda di finanziamento a titolo del PN. L'AdG garantisce i propri adempimenti in materia di pubblicità e comunicazione, fermo restando da parte dei beneficiari il rispetto della normativa pertinente richiamata negli avvisi e nei bandi.

Le tipologie di azioni proposte sono state giudicate compatibili con il principio DNSH, in quanto non si prevede che abbiano un impatto ambientale negativo significativo a causa della loro natura.

I principali gruppi di destinatari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iii), del CPR:

Le azioni descritte saranno destinate principalmente alle Aziende Sanitarie Locali/Aziende Sanitarie Provinciali delle sette Regioni di intervento.

Azioni a tutela dell'uguaglianza, dell'inclusione e della non discriminazione - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iv), del CPR e articolo 6 del regolamento FSE+

Le azioni previste dalla presente priorità hanno la finalità di favorire e potenziare l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per la quota di popolazione che generalmente presenta maggiori difficoltà a servirsene. Pertanto, le stesse azioni hanno una finalità preminentemente inclusiva, volta ad assicurare l'universalità del diritto alla salute. In ogni caso, per tutte le azioni della priorità, si è ritenuto che non sussistano rischi di perpetrare e rafforzare, anche non intenzionalmente, eventuali disuguaglianze per genere biologico, identità di genere, origine razziale o etnica, religione o convinzioni personali, disabilità, età o orientamento sessuale. Le azioni della presente priorità sono classificate come "neutrali" rispetto al genere.

Sarà, in ogni caso, garantito, nella selezione delle operazioni, il pieno rispetto dei principi orizzontali comunitari.

Indicazione dei territori specifici cui è diretta l'azione, compreso l'utilizzo previsto degli strumenti territoriali - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto v), del CPR

Gli interventi proposti coinvolgeranno tutto il territorio delle Regioni di intervento, non adottando specifici strumenti territoriali, ma offrendo garanzia di coordinamento tra il livello centrale e quello regionale/locale per ciò che attiene lo sviluppo dell'azione "Rafforzamento della capacità e della resilienza dei servizi sanitari e socio-sanitari di rispondere ai bisogni di salute attraverso interventi di adeguamento infrastrutturale, tecnologico-strumentale e di forniture di dispositivi medici durevoli". Per alcune strutture si potranno individuare, per ogni singola Regione destinataria del PN, gli ambiti territoriali specifici sui cui attivare modalità operative pertinenti.

Le azioni interregionali, transfrontaliere e transnazionali - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto vi), del CPR

Non è prevista la realizzazione di azioni interregionali, transfrontaliere e transnazionali.

L'utilizzo previsto degli strumenti finanziari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto vii), del CPR

Non si prevede al momento l'uso degli strumenti finanziari.

2.1.1.1.2. Indicatori

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto ii), del CPR; articolo 8 del regolamento FESR e FC

Tabella 2: indicatori di output

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	ID	Indicatore	Unità di misura	Target intermedio (2024)	Target finale (2029)
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	RCO69	Capacità delle strutture di assistenza sanitaria nuove o modernizzate	persone/anno	0,00	356.000,00

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto ii), del CPR

Tabella 3: indicatori di risultato

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	ID	Indicatore	Unità di misura	Valore di base o di riferimento	Anno di riferimento	Target finale (2029)	Fonte dei dati	Osservazioni
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	RCR73	Numero annuale di utenti delle strutture di assistenza sanitaria nuove o modernizzate	utilizzatori/anno	0,00	2022	57.850,00	Sistema di monitoraggio	

2.1.1.1.3. Ripartizione indicativa delle risorse (UE) programmate per tipo di intervento

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto viii), del CPR

Tabella 4: dimensione 1 - settore di intervento

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
----------	---------------------	-------	----------------------	--------	---------------

2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	128. Infrastrutture per la sanità	43.320.001,00
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	129. Attrezzature sanitarie	35.782.324,00
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	130. Beni mobili per la salute	9.983.400,00
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	158. Misure volte a rafforzare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e abbordabili	1.740.000,00
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	160. Misure volte a migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari (infrastrutture escluse)	53.924.275,00
2	RSO4.5	Totale			144.750.000,00

Tabella 5: dimensione 2 - forma di finanziamento

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	01. Sovvenzione	144.750.000,00
2	RSO4.5	Totale			144.750.000,00

Tabella 6: dimensione 3 - meccanismo di erogazione territoriale e approccio territoriale

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	33. Altri approcci - Nessun orientamento territoriale	144.750.000,00
2	RSO4.5	Totale			144.750.000,00

Tabella 7: dimensione 6 - tematiche secondarie FSE+

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)

Tabella 8: dimensione 7 - dimensione della parità di genere del FSE+*, del FESR, del Fondo di coesione e del JTF

Priorità	Obiettivo specifico	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
2	RSO4.5	FESR	Meno sviluppate	03. Neutralità di genere	144.750.000,00
2	RSO4.5	Totale			144.750.000,00

*In linea di principio, un contributo del 40 % a titolo del FSE+ è destinato al tracciamento in materia di parità di genere. Si applica il 100 % quando lo Stato membro sceglie di valersi dell'articolo 6 del FSE+

2.2. Priorità Assistenza tecnica

2.2.1. Priorità per l'assistenza tecnica a norma dell'articolo 36, paragrafo 4, del CPR 3. Assistenza Tecnica

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera e), del CPR

2.2.1.1. Interventi dai fondi

Tipo di azioni correlate - articolo 22, paragrafo 3, lettera e), punto i), del CPR

La Priorità Assistenza Tecnica si pone a supporto della *governance* complessiva e dell'attuazione operativa del Programma Nazionale dedicato alle sette Regioni meno sviluppate, con lo scopo di affrontare in modo coordinato e sinergico le sfide territoriali e organizzative che interessano tali contesti territoriali, consentendo altresì il necessario supporto tecnico e amministrativo per assicurare la corretta ed efficace attuazione degli interventi e delle Priorità del Programma.

La programmazione comunitaria necessita di interventi finalizzati a sostenere l'esecuzione del PN e a garantire la corretta gestione delle risorse finanziarie in termini di efficienza e di efficacia, a garanzia della celerità e della qualità degli investimenti pubblici, attraverso l'accompagnamento dei diversi soggetti coinvolti. Le azioni di assistenza tecnica previste mirano prioritariamente a sostenere l'esecuzione del programma operativo nelle fasi principali di programmazione, gestione, sorveglianza, controllo e audit, ad effettuare le valutazioni strategiche e/o operative dell'intervento nonché a dare ampia visibilità al programma, con adeguati interventi di informazione e comunicazione.

Nell'ambito della presente Priorità saranno attivate a titolo esemplificativo, le seguenti tipologie di intervento:

- supporto alla **sorveglianza** del PN, con riferimento a tutte le attività per la preparazione e lo svolgimento del Comitato di Sorveglianza e l'elaborazione della documentazione tecnica e della reportistica conformemente con quanto previsto dai Regolamenti UE;
- supporto alla predisposizione degli strumenti di **programmazione, attuazione, gestione e rendicontazione del PN**, in termini di definizione e formalizzazione delle linee di indirizzo, dei piani di attuazione e dei relativi strumenti attuativi. Verrà fornito altresì supporto all'implementazione di sistemi di semplificazione delle procedure e di riduzione degli oneri amministrativi, con particolare riferimento agli oneri in capo ai soggetti beneficiari, anche attraverso l'informatizzazione dei processi correlati all'attuazione delle operazioni finanziate, nonché l'adozione delle opzioni di semplificazione dei costi in applicazione di quanto previsto dai Regolamenti UE;
- supporto al funzionamento del **sistema informativo di gestione e controllo del PN, per garantire** i corretti flussi informativi tra i diversi soggetti coinvolti nell'attuazione, nonché la registrazione e conservazione informatizzata dei dati relativi a ciascuna operazione, necessari per il monitoraggio, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l'audit;
- supporto alla **gestione finanziaria e al controllo del PN** nel rispetto di quanto indicato dai vigenti regolamenti comunitari e di quanto specificato nel sistema di gestione e controllo, prevedendo l'adeguato recepimento delle regole e redazione delle procedure, il supporto in fase di audit e nell'ambito delle relazioni con le Autorità del PN.
- supporto alla **comunicazione** quale leva strategica della politica di coesione, coerentemente con l'obiettivo di rendere l'intervento dell'Unione Europea più vicino e comprensibile per i cittadini, secondo quanto previsto dalla cornice normativa della Programmazione 2021-2027;

-**valutazione** volta a verificare la qualità della progettazione e dell'esecuzione del programma e a valutarne l'efficacia, e l'efficienza, coerentemente con quanto previsto nell'ambito del pertinente Piano di valutazione;

-attività formative volte al **potenziamento delle competenze delle strutture** amministrative impegnate nell'attuazione e gestione del Programma, al fine di realizzare effettivi miglioramenti della qualità dei processi di lavoro e delle competenze. Ove necessario e/o opportuno per un'efficace attuazione degli interventi, potranno, inoltre, essere promosse iniziative di acquisizione di risorse con competenze specialistiche dedicate, così come si potrà provvedere alla copertura delle spese relative alla retribuzione delle spese di posizione fissa di posizioni organizzative operanti all'interno dell'AdG e degli OI per la durata della programmazione;

-supporto alla realizzazione di **iniziative di scambio di esperienze e confronto** con le Autorità degli altri Programmi, in un'ottica di integrazione e semplificazione dei sistemi e scambio di buone prassi. Nell'ambito del processo di partenariato, potranno essere realizzate specifiche azioni di supporto in raccordo e ad integrazione degli interventi adottati per l'attuazione del Codice di condotta europeo sul partenariato.

Ulteriori attività, coerenti con la priorità AT, potranno essere individuate e proposte nel corso della realizzazione del Programma.

Tutte le azioni sopraelencate mirano a rafforzare la capacità istituzionale e l'efficienza delle pubbliche amministrazioni coinvolte nel PN, valorizzando lo scambio di esperienze e la collaborazione inter-istituzionale. Le azioni mirano, altresì, a supportare le amministrazioni beneficiarie e alla riduzione degli oneri amministrativi mediante la diffusione dei sistemi di scambio di dati elettronici.

Per consentire il tempestivo avvio della programmazione 2021-2027 l'AdG potrà avviare operazioni a valere sul PN anche prima dell'approvazione da parte del CdS dei criteri di selezione delle operazioni, nel rispetto delle previsioni del Reg. (UE) 2021/1060, art 63. Ai fini dell'inserimento delle relative spese nei conti, l'AdG effettuerà una verifica tesa ad accertare che tali operazioni siano conformi ai criteri di selezione approvati dal CdS, formalizzata in nota interna per l'ammissione a finanziamento nel PN. In linea art. 63.6 non sono selezionate per ricevere sostegno dai fondi le operazioni materialmente completate o pienamente attuate prima che sia stata presentata la domanda di finanziamento a titolo del PN. L'AdG garantisce i propri adempimenti in materia di pubblicità e comunicazione, fermo restando da parte dei beneficiari il rispetto della normativa pertinente richiamata negli avvisi e nei bandi.

Attraverso le risorse di Assistenza tecnica verrà assicurato il supporto agli Organismi Intermedi e ai Beneficiari, con particolare riferimento agli aspetti connessi alla gestione di appalti pubblici.

I tipi di azioni elencate nell'ambito della priorità per l'assistenza tecnica terranno conto delle considerazioni antifrode di cui alla sezione 9 dell'accordo di partenariato.

I principali gruppi di destinatari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iii), del CPR:

Autorità di Gestione, Organismi intermedi, altre Autorità e soggetti coinvolti nell'attuazione del Programma, personale della pubblica amministrazione.

2.2.1.2. Indicatori

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera e), punto ii), del CPR

Tabella 2: Indicatori di output

Fondo	Categoria di regione	ID	Indicatore	Unità di misura	Target intermedio (2024)	Target finale (2029)
FSE+	Meno sviluppate	PSOI_2	Numero giornate uomo di personale esterno all'amministrazione a supporto dell'attuazione del programma	Giornate/uomo	967,00	10.637,00
FSE+	Meno sviluppate	PSOI_3	Numero Pubbliche Amministrazioni sostenute con progetti di assistenza tecnica	Numero Pubbliche Amministrazioni	2,00	2,00

2.2.1.3. Ripartizione indicativa delle risorse (UE) programmate per tipo di intervento

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera e), punto iv), del CPR

Tabella 4: dimensione 1 - settore di intervento

Priorità	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
3	FSE+	Meno sviluppate	179. Informazione e comunicazione	1.170.000,00
3	FSE+	Meno sviluppate	180. Preparazione, attuazione, sorveglianza e controllo	7.020.000,00
3	FSE+	Meno sviluppate	181. Valutazione e studi, raccolta dati	450.000,00
3	FSE+	Meno sviluppate	182. Rafforzamento della capacità delle autorità dello Stato membro, dei beneficiari e dei partner pertinenti	360.000,00
3	Totale			9.000.000,00

Tabella 7: dimensione 6 - tematiche secondarie FSE+

Priorità	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
3	FSE+	Meno sviluppate	09. Non applicabile	9.000.000,00

3	Totale			9.000.000,00
---	--------	--	--	--------------

Tabella 8: dimensione 7 - dimensione della parità di genere del FSE+*, del FESR, del Fondo di coesione e del JTF

Priorità	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
3	FSE+	Meno sviluppate	03. Neutralità di genere	9.000.000,00
3	Totale			9.000.000,00

*In linea di principio, un contributo del 40 % a titolo del FSE+ è destinato al tracciamento in materia di parità di genere. Si applica il 100 % quando lo Stato membro sceglie di valersi dell'articolo 6 del FSE+

2.2.1. Priorità per l'assistenza tecnica a norma dell'articolo 36, paragrafo 4, del CPR 4. Assistenza tecnica

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera e), del CPR

2.2.1.1. Interventi dai fondi

Tipo di azioni correlate - articolo 22, paragrafo 3, lettera e), punto i), del CPR

La Priorità Assistenza Tecnica si pone a supporto della *governance* complessiva e dell'attuazione operativa del Programma Nazionale dedicato alle sette Regioni meno sviluppate, con lo scopo di affrontare in modo coordinato e sinergico le sfide territoriali e organizzative che interessano tali contesti territoriali, consentendo altresì il necessario supporto tecnico e amministrativo per assicurare la corretta ed efficace attuazione degli interventi e delle Priorità del Programma.

La programmazione comunitaria necessita di interventi finalizzati a sostenere l'esecuzione del PN e a garantire la corretta gestione delle risorse finanziarie in termini di efficienza e di efficacia, a garanzia della celerità e della qualità degli investimenti pubblici, attraverso l'accompagnamento dei diversi soggetti coinvolti. Le azioni di assistenza tecnica previste mirano prioritariamente a sostenere l'esecuzione del programma operativo nelle fasi principali di programmazione, gestione, sorveglianza, controllo e audit, ad effettuare le valutazioni strategiche e/o operative dell'intervento nonché a dare ampia visibilità al programma, con adeguati interventi di informazione e comunicazione.

Nell'ambito della presente Priorità saranno attivate a titolo esemplificativo, le seguenti tipologie di intervento:

- supporto alla **sorveglianza** del PN, con riferimento a tutte le attività per la preparazione e lo svolgimento del Comitato di Sorveglianza e l'elaborazione della documentazione tecnica e della reportistica conformemente con quanto previsto dai Regolamenti UE;
- supporto alla predisposizione degli strumenti di **programmazione, attuazione, gestione e rendicontazione del PN**, in termini di definizione e formalizzazione delle linee di indirizzo, dei piani di attuazione e dei relativi strumenti attuativi. Verrà fornito altresì supporto all'implementazione di sistemi di semplificazione delle procedure e di riduzione degli oneri amministrativi, con particolare riferimento agli oneri in capo ai soggetti beneficiari, anche attraverso l'informatizzazione dei processi correlati all'attuazione delle operazioni finanziate, nonché l'adozione delle opzioni di semplificazione dei costi in applicazione di quanto previsto dai Regolamenti UE;
- supporto al funzionamento del **sistema informativo di gestione e controllo del PN, per garantire** i corretti flussi informativi tra i diversi soggetti coinvolti nell'attuazione, nonché la registrazione e conservazione informatizzata dei dati relativi a ciascuna operazione, necessari per il monitoraggio, la valutazione, la gestione finanziaria, la verifica e l'audit;
- supporto alla **gestione finanziaria, alla funzione contabile e al controllo del PN** nel rispetto di quanto indicato dai vigenti regolamenti comunitari e di quanto specificato nel sistema di gestione e controllo, prevedendo l'adeguato recepimento delle regole e redazione delle procedure, il supporto in fase di audit e nell'ambito delle relazioni con le Autorità del PN.
- supporto alla **comunicazione** quale leva strategica della politica di coesione, coerentemente con l'obiettivo di rendere l'intervento dell'Unione Europea più vicino e comprensibile per i cittadini, secondo quanto previsto dalla cornice normativa della Programmazione 2021-2027;
- valutazione** volta a verificare la qualità della progettazione e dell'esecuzione del programma e a valutarne l'efficacia, e l'efficienza, coerentemente con

quanto previsto nell'ambito del pertinente Piano di valutazione;

-attività formative volte al **potenziamento delle competenze delle strutture** amministrative impegnate nell'attuazione e gestione del Programma, al fine di realizzare effettivi miglioramenti della qualità dei processi di lavoro e delle competenze. Ove necessario e/o opportuno per un'efficace attuazione degli interventi, potranno, inoltre, essere promosse iniziative di acquisizione di risorse con competenze specialistiche dedicate , così come si potrà provvedere alla copertura delle spese relative alla retribuzione delle spese di posizione fissa di posizioni organizzative operanti all'interno dell'AdG e degli OI per la durata della programmazione

-supporto alla realizzazione di **iniziative di scambio di esperienze e confronto** con le Autorità degli altri Programmi, in un'ottica di integrazione e semplificazione dei sistemi e scambio di buone prassi. Nell'ambito del processo di partenariato, potranno essere realizzate specifiche azioni di supporto in raccordo e ad integrazione degli interventi adottati per l'attuazione del Codice di condotta europeo sul partenariato.

Ulteriori attività, coerenti con la priorità AT, potranno essere individuate e proposte nel corso della realizzazione del Programma.

Tutte le azioni sopraelencate mirano a rafforzare la capacità istituzionale e l'efficienza delle pubbliche amministrazioni coinvolte nel PN, valorizzando lo scambio di esperienze e la collaborazione inter-istituzionale. Le azioni mirano, altresì, a supportare le amministrazioni beneficiarie e alla riduzione degli oneri amministrativi mediante la diffusione dei sistemi di scambio di dati elettronici.

Per consentire il tempestivo avvio della programmazione 21-27 l'AdG potrà avviare operazioni a valere sul PN anche prima dell'approvazione da parte del CdS dei criteri di selezione delle operazioni, nel rispetto delle previsioni del Reg. (UE) 2021/1060, art 63. Ai fini dell'inserimento delle relative spese nei conti, l'AdG effettuerà una verifica tesa ad accertare che tali operazioni siano conformi ai criteri di selezione approvati dal CdS, formalizzata in nota interna per l'ammissione a finanziamento nel PN. In linea art. 63.6 non sono selezionate per ricevere sostegno dai fondi le operazioni materialmente completate o pienamente attuate prima che sia stata presentata la domanda di finanziamento a titolo del PN. L'AdG garantisce i propri adempimenti in materia di pubblicità e comunicazione, fermo restando da parte dei beneficiari il rispetto della normativa pertinente richiamata negli avvisi e nei bandi.

Attraverso le risorse di Assistenza tecnica verrà assicurato il supporto agli Organismi Intermedi e ai Beneficiari, con particolare riferimento agli aspetti connessi alla gestione di appalti pubblici.

I tipi di azioni elencate nell'ambito della priorità per l'assistenza tecnica terranno conto delle considerazioni antifrode di cui alla sezione 9 dell'accordo di partenariato.

I principali gruppi di destinatari - articolo 22, paragrafo 3, lettera d), punto iii), del CPR:

Autorità di Gestione, Organismi intermedi, altre Autorità e soggetti coinvolti nell'attuazione del Programma, personale della pubblica amministrazione

2.2.1.2. Indicatori

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera e), punto ii), del CPR

Tabella 2: Indicatori di output

Fondo	Categoria di regione	ID	Indicatore	Unità di misura	Target intermedio (2024)	Target finale (2029)
FESR	Meno sviluppate	PSOI_2	Numero giornate uomo di personale esterno all'amministrazione a supporto dell'attuazione del programma	Giornate/uomo	564,00	6.204,00
FESR	Meno sviluppate	PSOI_3	Numero Pubbliche Amministrazioni sostenute con progetti di assistenza tecnica	Numero Pubbliche Amministrazioni	2,00	2,00

2.2.1.3. Ripartizione indicativa delle risorse (UE) programmate per tipo di intervento

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera e), punto iv), del CPR

Tabella 4: dimensione 1 - settore di intervento

Priorità	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
4	FESR	Meno sviluppate	179. Informazione e comunicazione	682.500,00
4	FESR	Meno sviluppate	180. Preparazione, attuazione, sorveglianza e controllo	4.095.000,00
4	FESR	Meno sviluppate	181. Valutazione e studi, raccolta dati	262.500,00
4	FESR	Meno sviluppate	182. Rafforzamento della capacità delle autorità dello Stato membro, dei beneficiari e dei partner pertinenti	210.000,00
4	Totale			5.250.000,00

Tabella 7: dimensione 6 - tematiche secondarie FSE+

Priorità	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
----------	-------	----------------------	--------	---------------

Tabella 8: dimensione 7 - dimensione della parità di genere del FSE+*, del FESR, del Fondo di coesione e del JTF

Priorità	Fondo	Categoria di regione	Codice	Importo (EUR)
----------	-------	----------------------	--------	---------------

4	FESR	Meno sviluppate	03. Neutralità di genere	5.250.000,00
4	Totale			5.250.000,00

*In linea di principio, un contributo del 40 % a titolo del FSE+ è destinato al tracciamento in materia di parità di genere. Si applica il 100 % quando lo Stato membro sceglie di valersi dell'articolo 6 del FSE+

3. Piano di finanziamento

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera g), punti i), ii) e iii), articolo 112, paragrafi 1, 2 e 3, articolo 14 e articolo 26 del CPR

3.1. Trasferimenti e contributi (1)

Riferimento: articoli 14, 26 e 27 del CPR

Oggetto della modifica del programma	<input type="checkbox"/> contributo a InvestEU
	<input type="checkbox"/> trasferimenti a strumenti in regime di gestione diretta o indiretta
	<input type="checkbox"/> trasferimenti tra FESR, FSE+ e Fondo di coesione oppure a un altro Fondo o ad altri Fondi

1) Applicabile solo alle modifiche del programma, in linea con gli articoli 14 e 26, a eccezione dei trasferimenti complementari al JTF in linea con l'articolo 27 del CPR. I trasferimenti non incidono sulla ripartizione annuale delle dotazioni finanziarie a livello del QFP per uno Stato membro.

Tabella 15A: contributi a InvestEU* (ripartizione per anno)

Contributo da		Contributo a	Ripartizione per anno							
Fondo	Categoria di regione	Finestra InvestEU	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Totale

*Per ogni nuova richiesta di contributo, una modifica del programma stabilisce gli importi totali ogni anno, suddivisi per Fondo e per categoria di regione.

Tabella 15B: contributi a InvestEU* (sintesi)

Fondo	Categoria di regione	Infrastrutture sostenibili (a)	Innovazione e digitalizzazione (b)	PMI (c)	Investimenti sociali e competenze (d)	Totale (e)=(a)+(b)+(c)+(d)
Totale						

*Importi cumulativi per tutti i contributi effettuati mediante modifiche del programma durante il periodo di programmazione. Per ogni nuova richiesta di contributo, una modifica del programma stabilisce gli importi totali ogni anno, suddivisi per Fondo e per categoria di regione.

Giustificazione che tenga conto del modo in cui tali importi contribuiscono al conseguimento degli obiettivi strategici selezionati nel programma in conformità dell'articolo 10, paragrafo 1, del regolamento InvestEU

--

Tabella 16A: trasferimenti a strumenti in regime di gestione diretta o indiretta (ripartizione per anno)

Trasferimenti da		Trasferimenti a	Ripartizione per anno							
Fondo	Categoria di regione	Strumento	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Totale

Tabella 16B: trasferimenti a strumenti in regime di gestione diretta o indiretta* (sintesi)

Fondo	Categoria di regione	Totale
Totale		

* Importi cumulativi per tutti i trasferimenti effettuati mediante modifiche del programma durante il periodo di programmazione. Per ogni nuova richiesta di trasferimento, una modifica del programma stabilisce gli importi totali trasferiti ogni anno, suddivisi per Fondo e per categoria di regione.

trasferimenti a strumenti in regime di gestione diretta o indiretta - Giustificazione

--

Tabella 17A: trasferimenti tra FESR, FSE+ e Fondo di coesione oppure a un altro Fondo o ad altri Fondi* (ripartizione per anno)

Trasferimenti da		Trasferimenti a		Ripartizione per anno							
Fondo	Categoria di regione	Fondo	Categoria di regione	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Totale

*Trasferimento ad altri programmi. I trasferimenti tra FESR e FSE+ possono essere effettuati solo all'interno della stessa categoria di regione.

Tabella 17B: trasferimenti tra FESR, FSE+ e Fondo di coesione oppure a un altro Fondo o ad altri Fondi (sintesi)

	FESR			FSE+			FC	FEAMPA	AMIF	ISF	BMVI	Totale
	Più sviluppate	In transizione	Meno sviluppate	Più sviluppate	In transizione	Meno sviluppate						
Totale												

*Importi cumulativi per tutti i trasferimenti effettuati mediante modifiche del programma durante il periodo di programmazione. Per ogni nuova richiesta di trasferimento, una modifica del programma stabilisce gli importi totali trasferiti ogni anno, suddivisi per Fondo e per categoria di regione.

Trasferimenti tra fondi in gestione concorrente, anche tra i fondi della politica di coesione - Giustificazione

--

3.2. JTF: dotazione nel programma e trasferimenti (1)

3.3. Trasferimenti tra categorie di regione risultanti dal riesame intermedio

Tabella 19A: trasferimenti tra categorie di regione, risultanti dal riesame intermedio, nell'ambito del programma (ripartizione per anno)

Trasferimenti da	Trasferimenti a	Ripartizione per anno			
Categoria di regione*	Categoria di regione*	2025	2026	2027	Totale

*Applicabile solo al FESR e al FSE+.

Tabella 19B: trasferimenti tra categorie di regione, risultanti dal riesame intermedio, ad altri programmi (ripartizione per anno)

Trasferimenti da	Trasferimenti a	Ripartizione per anno			
Categoria di regione*	Categoria di regione*	2025	2026	2027	Totale

*Applicabile solo al FESR e al FSE+.

3.4. Ritransferimento (1)

Tabella 20A: ritrasferimenti (ripartizione per anno)

Trasferimenti da	Trasferimenti a		Ripartizione per anno							
InvestEU o un altro strumento dell'Unione	Fondo	Categoria di regione	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Totale

1) Applicabile solo alle modifiche del programma per le risorse ritrasferite da altri strumenti dell'Unione, compresi elementi dell'AMIF, dell'ISF e del BMVI, in regime di gestione diretta o indiretta, o da InvestEU.

Tabella 20B: ritrasferimenti* (sintesi)

Da	A						
InvestEU / Strumento	FESR			FSE+			Fondo di coesione
	Più sviluppate	In transizione	Sviluppato	Più sviluppate	In transizione	Sviluppato	

*Importi cumulativi per tutti i trasferimenti effettuati mediante modifiche del programma durante il periodo di programmazione. Per ogni nuova richiesta di trasferimento, una modifica del programma stabilisce gli importi totali trasferiti ogni anno, suddivisi per Fondo e per categoria di regione.

3.5. Dotazioni finanziarie per anno

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera g), punto i), del CPR e articoli 3, 4 e 7 del regolamento JTF

Tabella 10: Dotazioni finanziarie per anno

Fondo	Categoria di regione	2021	2022	2023	2024	2025	2026		2027		Totale
							Dotazione finanziaria senza importo di flessibilità	Importo di flessibilità	Dotazione finanziaria senza importo di flessibilità	Importo di flessibilità	
FESR*	Meno sviluppate	0,00	25.623.042,00	26.035.257,00	26.456.316,00	26.884.953,00	11.139.046,00	11.139.046,00	11.361.170,00	11.361.170,00	150.000.000,00
Totale FESR		0,00	25.623.042,00	26.035.257,00	26.456.316,00	26.884.953,00	11.139.046,00	11.139.046,00	11.361.170,00	11.361.170,00	150.000.000,00
FSE+*	Meno sviluppate	0,00	38.434.562,00	39.052.886,00	39.684.474,00	40.327.430,00	16.708.569,00	16.708.569,00	17.041.755,00	17.041.755,00	225.000.000,00
Totale FSE+		0,00	38.434.562,00	39.052.886,00	39.684.474,00	40.327.430,00	16.708.569,00	16.708.569,00	17.041.755,00	17.041.755,00	225.000.000,00
Totale		0,00	64.057.604,00	65.088.143,00	66.140.790,00	67.212.383,00	27.847.615,00	27.847.615,00	28.402.925,00	28.402.925,00	375.000.000,00

* Importi dopo il trasferimento complementare al JTF.

3.6. Dotazioni finanziarie totali per fondo e cofinanziamento nazionale

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera g), punto ii), articolo 22, paragrafo 6, e articolo 36 del CPR

Per i programmi nell'ambito dell'obiettivo Investimenti a favore dell'occupazione e della crescita in cui è stata scelta l'assistenza tecnica nell'accordo di partenariato, ai sensi dell'articolo 36, paragrafo 4, del CPR.

Tabella 11: Dotazioni finanziarie totali per fondo e cofinanziamento nazionale

Numero dell'obiettivo specifico del JTF/dell'obiettivo strategico oppure assistenza tecnica	Priorità	Base di calcolo del sostegno dell'Unione	Fondo	Categoria di regione*	Contributo dell'Unione (a)=(g)+(h)	Ripartizione del contributo dell'Unione		Contributo nazionale (b)=(c)+(d)	Ripartizione indicativa del contributo nazionale		Totale (e)=(a)+(b)	Tasso di cofinanziamento (f) = (a)/(e)
						Meno importo di flessibilità (g)	Importo di flessibilità (h)		Fonti pubbliche (c)	Fonti private (d)		
4	1	Pubblico	FSE+	Meno sviluppate	216.000.000,00	183.599.689,00	32.400.311,00	144.000.000,00	144.000.000,00		360.000.000,00	60,0000000000%
4	2	Pubblico	FESR	Meno sviluppate	144.750.000,00	123.037.292,00	21.712.708,00	96.500.000,00	96.500.000,00		241.250.000,00	60,0000000000%
TA36(4)	3	Pubblico	FSE+	Meno sviluppate	9.000.000,00	7.649.987,00	1.350.013,00	6.000.000,00	6.000.000,00		15.000.000,00	60,0000000000%
TA36(4)	4	Pubblico	FESR	Meno sviluppate	5.250.000,00	4.462.492,00	787.508,00	3.500.000,00	3.500.000,00		8.750.000,00	60,0000000000%
Totale			FESR	Meno sviluppate	150.000.000,00	127.499.784,00	22.500.216,00	100.000.000,00	100.000.000,00		250.000.000,00	60,0000000000%
Totale			FSE+	Meno sviluppate	225.000.000,00	191.249.676,00	33.750.324,00	150.000.000,00	150.000.000,00		375.000.000,00	60,0000000000%
Totale generale					375.000.000,00	318.749.460,00	56.250.540,00	250.000.000,00	250.000.000,00		625.000.000,00	60,0000000000%

* Per il FESR: meno sviluppate, in transizione, più sviluppate e, se del caso, dotazione speciale per le regioni ultraperiferiche e le regioni nordiche scarsamente popolate. Per il FSE+: meno sviluppate, in transizione, più sviluppate e, se del caso, dotazione supplementare per le regioni ultraperiferiche. Per il Fondo di coesione: non applicabile. Per l'assistenza tecnica, l'applicazione delle categorie di regione dipende dalla scelta di un fondo.

** Indicare il totale delle risorse del JTF, comprendenti il sostegno complementare trasferito dal FESR e dal FSE+. La tabella non comprende gli importi di cui all'articolo 7 del regolamento JTF. Nel caso dell'assistenza tecnica finanziata dal JTF, le risorse del JTF devono essere suddivise in risorse a norma degli articoli 3 e 4 del regolamento JTF. Per l'articolo 4 del regolamento JTF non vi è alcun importo di flessibilità.

4. Condizioni abilitanti

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera i), del CPR

Tabella 12: Condizioni abilitanti

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
1. Efficaci meccanismi di controllo del mercato degli appalti pubblici			Sì	<p>Sono in atto meccanismi di controllo che coprono tutti gli appalti pubblici e la relativa aggiudicazione nell'ambito dei Fondi, in linea con la normativa dell'Unione in materia di appalti. Tale requisito comprende:</p> <p>1. modalità per garantire la raccolta di dati efficaci e affidabili sulle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici superiori alle soglie dell'Unione, in conformità degli obblighi di rendicontazione di cui agli articoli 83 e 84 della direttiva 2014/24/UE e agli articoli 99 e 100 della direttiva 2014/25/UE;</p>	Sì	<p>https://politichecoesione.governo.it/media/2852/relazione-di-autovalutazione-ca_efficaci-meccanismi-di-controllo-appalti-pubblici.pdf</p> <p>D. Lgs. 50/2016 Cod. contr. pubb. (artt. 99 e 212)</p> <p>https://www.anticorruzione.it/portal/rest/jcr/repository/collaboration/Digital%20Assets/anacdocs/Attivita/Atti/ComunicatiPresidente/2020/Com.Pres.02.12.2020v.pdf</p>	<p>L'Italia garantisce il controllo dell'applicazione delle norme sugli appalti pubblici attraverso la funzione di regolazione e vigilanza dell'ANAC nonché della Cabina di Regia istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, quale struttura nazionale di riferimento per la cooperazione con la CE.</p> <p>L'Italia assicura la trasmissione alla CE della:</p> <ul style="list-style-type: none"> relazione triennale di controllo, con la collaborazione delle Amministrazioni interessate. L'ultima relazione è stata trasmessa, per il tramite della Rappresentanza permanente presso l'UE, il 17/12/2021; relazione sull'aggiudicazione di ogni procedura di rilevanza comunitaria, ogni qualvolta essa è richiesta. Per agevolare la verifica di tale obbligo, è operativo un meccanismo di controllo gestito da ANAC attraverso la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP). In particolare, nella scheda di aggiudicazione da compilare a cura della stazione appaltante e degli enti

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
							aggiudicatori attraverso la BDNCP è stato inserito un nuovo campo, obbligatorio a partire dal 10 dicembre 2020, che consente la verifica della predisposizione della relazione di aggiudicazione.
				2. modalità per garantire che i dati coprano almeno i seguenti elementi: a. qualità e intensità della concorrenza: nome del vincitore dell'appalto, numero degli offerenti iniziali e valore contrattuale; b. informazioni sul prezzo finale dopo il completamento e sulla partecipazione di PMI come offerenti diretti, qualora i sistemi nazionali forniscano tali informazioni;	Sì	D. Lgs. 50/2016 Codice contratti pubblici (art. 213)	L'Italia garantisce un elevato livello di concorrenza in termini di qualità e intensità delle informazioni sugli appalti pubblici, attraverso l'inserimento, da parte delle stazioni appaltanti, nella BDNCP gestita da ANAC di tutti i dati richiamati nel criterio 2 della condizione abilitante. Con riferimento al punto 2b, l'indicazione del prezzo finale di aggiudicazione è anch'essa contenuta nella BDNCP gestita dall'ANAC.
				3. modalità per garantire il controllo e l'analisi dei dati da parte delle autorità nazionali competenti in conformità dell'articolo 83, paragrafo 2, della direttiva 2014/24/UE e dell'articolo 99, paragrafo 2, della direttiva 2014/25/UE;	Sì	D. Lgs. 50/2016 Codice contratti pubblici (artt. 211 e 213) Portale Open data https://dati.anticorruzione.it/#/home https://dati.anticorruzione.it/superset/dashboard/appalti/	L'Italia garantisce strumenti idonei al monitoraggio e all'analisi dei dati sulle procedure di gara e dei contratti di appalto. In particolare, la BDNCP raccoglie sistematicamente i dati sullo svolgimento delle gare e procede a puntuali analisi degli stessi, attraverso la predisposizione di rapporti quadrimestrali sull'andamento del mercato degli appalti pubblici e di una relazione annuale che viene inviata al Governo e al Parlamento. Per quanto concerne la vigilanza e il monitoraggio sugli appalti, ANAC conduce anche accertamenti ispettivi e

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
							<p>indagini di vigilanza a partire dalle anomalie che emergono dall'analisi dei dati presenti nella BDNCP ed è abilitata ad adottare provvedimenti di vigilanza, i cui esiti sono pubblicati sul sito dell'Autorità e riassunti nella Relazione annuale.</p> <p>È, inoltre, disponibile all'interno del portale ANAC una sezione in formato Open Data dove sono presenti i dati relativi agli appalti pubblici e un cruscotto (dashboard) con funzionalità di analisi di base.</p>
				4. modalità per rendere disponibili i risultati delle analisi al pubblico in conformità dell'articolo 83, paragrafo 3, della direttiva 2014/24/UE e dell'articolo 99, paragrafo 3, della direttiva 2014/25/UE;	Sì	<p>D. Lgs. 50/2016 Codice contratti pubblici (artt. 211 e 213)</p> <p>Portale Open data https://dati.anticorruzione.it/#/home</p>	<p>L'Italia garantisce specifiche modalità per rendere disponibili i risultati delle analisi al pubblico grazie alla piattaforma in formato Open Data disponibile nell'ambito del portale ANAC.</p> <p>In aggiunta, sono predisposti e pubblicati sul sito dell'ANAC rapporti trimestrali e una relazione annuale, con le caratteristiche richiamate al criterio 3. Allo stesso modo, sono oggetto di espressa pubblicazione sul sito dell'Autorità anche i provvedimenti di vigilanza adottati dall'ANAC, richiamati con riferimento al precedente criterio.</p>
				5. modalità per garantire che tutte le informazioni che indicano situazioni di sospetta manipolazione delle gare siano comunicate alle autorità	Sì	<p>Articolo 353, 353 bis, 354 del Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398)</p> <p>D.P.R. 22 settembre 1988, n. 477</p>	<p>L'Italia garantisce misure volte alla rilevazione di operazioni sospette che pregiudicano il mercato concorrenziale degli appalti pubblici nonché al contrasto alla relativa diffusione</p>

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
				nazionali competenti in conformità dell'articolo 83, paragrafo 2, della direttiva 2014/24/UE e dell'articolo 99, paragrafo 2, della direttiva 2014/25/UE.		Codice di procedura penale (art. 331) D. Lgs. 50/2016 Codice contratti pubblici (art. 213)	attraverso la comunicazione delle stesse alle Autorità competenti. Nell'ordinamento italiano, l'ANAC e l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato svolgono un ruolo attivo volto ad arginare la diffusione di fenomeni anticoncorrenziali che alterano il corretto funzionamento del mercato nel settore degli appalti pubblici. Le due Autorità sopra citate hanno adottato una serie di misure, tra cui protocolli di intesa per la reciproca collaborazione e lo scambio di informazioni e documenti, anche con altri soggetti istituzionali, con l'obiettivo di garantire il corretto svolgimento delle gare di appalto e la repressione dei fenomeni corruttivi.
2. Strumenti e capacità per un'efficace applicazione delle norme in materia di aiuti di Stato			Sì	Le autorità di gestione dispongono di strumenti e capacità per verificare la conformità alle norme in materia di aiuti di Stato: 1. per le imprese in difficoltà e per quelle interessate da un obbligo di recupero;	Sì	Rel. autov.ne crit. 1, p. 1 Imprese in difficoltà e p. 2 imprese interessate da un obbl. di recupero https://politichecoesione.governo.it/media/2853/relazione-di-autovalutazione-ca_aiuti-di-stato.pdf DPR 445/2000, art. 47, 71, 75,76. L. 57/2001 (art. 14, c. 2) e L. 234/2012 (art52, c. 1) Decr. intermin. 115/2017	È in essere un consolidato sistema di verifica dello status di difficoltà delle imprese basato su dichiarazioni rese dalle medesime per l'ottenimento o l'erogazione di sovvenzioni pubbliche e su sistemi di controllo da parte delle amministrazioni e dei soggetti concedenti riguardanti l'analisi dei dati economico-patrimoniali dell'impresa, che seguono modalità differenziate a seconda della tipologia di impresa e prevedono responsabilità, anche penali, oltre che la decadenza dai benefici pubblici acquisiti, in caso di dichiarazioni non veritiere. Il Registro Nazionale Aiuti di Stato (RNA) costituisce un adeguato supporto ai fini

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
						https://www.rna.gov.it/sites/PortaleRNA/it_IT/home	delle preliminari verifiche da parte delle amministrazioni e dei soggetti concedenti. Infatti, le Autorità di Gestione, mediante la consultazione della specifica sezione del Registro, dispongono di informazioni immediate e costantemente aggiornate in ordine alle decisioni di recupero di aiuti illegali alle imprese che ne siano destinatarie, garantendo il puntuale rispetto della c.d. “regola Deggendorf”.
				2. attraverso un accesso alla consulenza di esperti e a orientamenti in materia di aiuti di Stato, fornito da esperti di enti locali o nazionali competenti per gli aiuti di Stato.	Sì	Relazione di autovalutazione, “criterio 2” Nota IT (Agenzia per la coesione territoriale) n. 5563/2017 alla CE di comunicazione dei referenti aiuti di Stato istituiti presso ciascuna Autorità di Gestione.	Risultano operative apposite strutture competenti in materia di aiuti di Stato che operano a supporto delle Autorità di Gestione dei programmi, già istituite nella programmazione 2014-2020. Sono in essere consolidate attività di informazione, formazione ed assistenza sull’utilizzo del Registro Nazionale Aiuti di Stato (RNA).
3. Effettiva applicazione e attuazione della Carta dei diritti fondamentali dell’UE			Sì	Sono in atto efficaci meccanismi volti a garantire la conformità alla Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea (“Carta”), tra cui: 1. modalità per garantire la conformità dei programmi sostenuti dai Fondi e della loro attuazione alle pertinenti disposizioni della Carta;	Sì	Relazione di autovalutazione https://politichecoesione.governo.it/media/2850/relazione-di-autovalutazione-ca_carta-dei-diritti-ue-e-allegati.pdf - L.241/1990 - L.150/2000 - D. Lgs. 104/2010 - D. Lgs. 33/2013 - D. Lgs. 82/2005 - D. Lgs 196/2003 - L.300/1970	Come illustrato nella Relazione di autovalutazione, le modalità per garantire la conformità alle rilevanti disposizioni della Carta derivano dalla normativa UE e nazionale. Tale conformità è assicurata sia in fase di programmazione, sia in tutte le fasi di attuazione, anche attraverso il rispetto del Codice di condotta europeo sul partenariato, che assicura la sorveglianza della società civile e degli organismi competenti. Nell’attuazione del Programma, la conformità alla Carta è assicurata da un “Punto di contatto” qualificato,

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
						<ul style="list-style-type: none"> - D. Lgs 198/2006 - L.68/1999 - D. Lgs. 50/2016 - D. Lgs. 152/2006 - Codice proc. civile 	<p>individuato nell'ambito dei sistemi di gestione e controllo del programma e incardinato nella struttura dell'Autorità di Gestione (AdG), nonché dal Comitato di Sorveglianza (CdS).</p> <p>Il Punto di contatto effettua le verifiche necessarie già nella fase di definizione dei criteri di selezione. Inoltre, ha il compito di istruire eventuali reclami e individuare, coinvolgendo ove necessario gli organismi competenti in materia di diritti fondamentali, le più efficaci misure correttive e preventive da sottoporre all'AdG attraverso una specifica procedura coerente con l'articolo 69(7) RDC, definita nell'Allegato 1 alla Relazione.</p>
				2. modalità di rendicontazione al comitato di sorveglianza in merito a casi di operazioni sostenute dai Fondi non conformi alla Carta e denunce riguardanti la Carta presentate conformemente alle disposizioni adottate a norma dell'articolo 69, paragrafo 7.	Si	<p>Relazione di autovalutazione.</p> <p>Allegato 1 "Procedura per il trattamento dei reclami";</p> <p>Allegato 2 "Procedura per l'informativa al CdS in merito ai casi di non conformità".</p>	<p>Il criterio 2 è soddisfatto attraverso l'adozione nell'ambito del Programma di una procedura di rendicontazione al Comitato di Sorveglianza basata sugli esiti dell'attività istruttoria e della valutazione di merito concernente sia i reclami pervenuti come prevista dall'articolo 69(7) e illustrata nell'Allegato 1 alla Relazione di autovalutazione, sia i casi di non conformità accertati dai diversi soggetti competenti.</p> <p>Questa procedura, descritta nell'Allegato 2 alla Relazione, si attiva nel momento in cui il punto di contatto accerta la non conformità rispetto ai principi della Carta di un procedimento amministrativo relativo all'attuazione</p>

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
							<p>del Programma o a seguito di provvedimento o sentenza con cui viene sancita la violazione di uno o più principi della Carta.</p> <p>Il punto di contatto invia comunicazione degli esiti all'AdG, che ha il compito di porre in essere tutte le azioni necessarie per la relativa soluzione, informare il Comitato di Sorveglianza e adottare o proporre al Comitato di Sorveglianza eventuali misure correttive e preventive.</p> <p>La rendicontazione al Comitato di Sorveglianza sarà effettuata almeno una volta all'anno.</p>
4. Attuazione e applicazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (UNCRPD) conformemente alla decisione 2010/48/CE del Consiglio			Sì	<p>È stato predisposto un quadro nazionale per garantire l'attuazione dell'UNCRPD, che comprende:</p> <p>1. obiettivi misurabili, strumenti di raccolta dati e meccanismi di controllo;</p>	Sì	<p>Carta costituzionale, articoli 2-3.</p> <p>L.104/1992 assistenza, l'integrazione sociale e diritti persone con handicap</p> <p>L.68/1999 diritto a lavoro dei disabili</p> <p>L.18/2009 ratifica ed esecuzione UNCRPD (istituzione Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità)</p> <p>Relazione autovalutazione pagine 6-8</p> <p>https://politichecoesione.governo.it/media/2906/relazione-di-autovalutazione_disabilita.pdf</p>	<p>Il quadro nazionale per l'attuazione della UNCRPD è definito nella Carta costituzionale e nelle norme che operativamente definiscono il sistema di tutela delle persone con disabilità. La legge n.18/2009 ha ratificato e dato esecuzione alla UNCRPD e al relativo protocollo opzionale.</p> <p>Tale norma ha anche istituito l'OND presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, organismo responsabile dell'elaborazione e monitoraggio delle politiche nazionali in tema di disabilità, nonché dell'elaborazione di indicatori e analisi statistiche sul fenomeno della disabilità in collaborazione con ISTAT.</p> <p>A dicembre 2020, è stato reso operativo il progetto di Registro Statistico Esteso della Disabilità, inserito nel Piano Statistico Nazionale. Inoltre, un set di</p>

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
							<p>indicatori utile per la definizione delle politiche da parte dell'OND è presentato nella relazione di autovalutazione.</p> <p>L'assetto politico-istituzionale in materia è stato completato con l'istituzione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, sotto la responsabilità del Ministro per le disabilità.</p>
				2. modalità per garantire che la politica in materia di accessibilità, la legislazione e le norme siano adeguatamente tenuti in considerazione nella preparazione e nell'attuazione dei programmi;	Sì	<p>Relazione di autovalutazione (pagg. 17-19)</p> <p>Atto di indirizzo https://politichecoesione.governo.it/media/2910/atto-di-indirizzo_e_allegato-a-checklist_disabilita.pdf</p>	<p>Per consentire alle persone con disabilità di vivere in maniera indipendente e di partecipare pienamente a tutti gli ambiti della vita, coerentemente con l'articolo 9 della CRDP, l'accessibilità deve basarsi sull'approccio a doppio binario (twin track approach), che prevede progetti dedicati alle persone con disabilità e l'inserimento del rispetto dei diritti delle persone con disabilità in tutti i progetti (mainstreaming).</p> <p>In linea con le disposizioni regolamentari (Reg. UE 1060/2021, art.9 c.3) e in coerenza con l'art.9 della CRDP sopra citato, nelle fasi di preparazione e attuazione dei Programmi FESR e FSE Plus, la politica, la legislazione e le norme in materia di accessibilità per le persone con disabilità sono tenute in considerazione.</p> <p>Al riguardo, puntuali indirizzi sono indicati nella relazione di autovalutazione ed espressamente</p>

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
							richiamati nell'Atto di indirizzo inviato a tutte le Autorità di gestione.
				3. modalità di rendicontazione al comitato di sorveglianza in merito a casi di operazioni non conformi all'UNCRPD sostenute dai fondi e denunce riguardanti l'UNCRPD presentate conformemente alle disposizioni adottate a norma dell'articolo 69, paragrafo 7.	Sì	Relazione di autovalutazione (pagg. 18-19)	<p>Presso l'Uff. per disabilità opera un contact center nazionale per segnalazioni, istanze, richieste, quesiti, proposte provenienti dalle persone con disabilità, anche in forma associata.</p> <p>L'Uff. partecipa (da remoto o in presenza), con un proprio rappresentante ai Comit. di Sorvegl.za dei programmi cofinanziati consente di portare all'attenzione di tutti i componenti, oltre che dell'Autorità di Gestione (AdG) e di quella di Audit, i casi di non conformità o i reclami.</p> <p>In particolare l'AdG garantisce, per il periodo 2021-2027, procedure efficaci per l'esame di reclami, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - implementazione del Sistema di gestione e controllo di una procedura dei reclami; - monitoraggio dei canali di ricezione dei reclami; - istruttoria del reclamo e adozione e comunicazione di un atto di decisione dell'esito dell'istruttoria. <p>Nei casi di non conformità, individuati anche attraverso audit di verifica interni ed esterni, l'AdG adotta le necessarie misure correttive e informa il Comitato di Sorveglianza e le eventuali Autorità interessate.</p> <p>A cadenza almeno annuale, l'AdG informa il Comitato di Sorveglianza circa segnalazioni ricevute e valutazioni</p>

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
							effettuate.
4.6. Quadro politico strategico per la sanità e l'assistenza di lunga durata	FSE+ FESR	ESO4.11. Migliorare l'accesso paritario e tempestivo a servizi di qualità, sostenibili e a prezzi accessibili, compresi i servizi che promuovono l'accesso agli alloggi e all'assistenza incentrata sulla persona, anche in ambito sanitario; modernizzare i sistemi di protezione sociale, anche promuovendone l'accesso e prestando particolare attenzione ai minori e ai gruppi svantaggiati; migliorare l'accessibilità, l'efficacia e la resilienza dei sistemi sanitari e dei servizi di assistenza di lunga durata, anche per le persone con	Sì	<p>È stato predisposto un quadro politico strategico nazionale o regionale per la sanità che comprende:</p> <p>1. una mappatura delle esigenze dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza di lunga durata, anche in termini di personale medico e assistenziale, per garantire misure sostenibili e coordinate;</p>	Sì	<p>Relazione di autovalutazione: https://politichecoesione.governo.it/medica/2880/relazione-di-autovalutazione-ca_46_sanita.pdf L. n. 833/1978 D. Lgs n. 502/1992 D. Lgs n. 229/1999 Intesa Governo-Regioni-PPAA del 18/12/2019 (ai sensi dell'art. 8, c. 6, L. n. 131/2003) recante il "Patto per la Salute" PNP 2020-2025 PRP: https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/homePrevenzione.jsp DPCM 12/01/2017 recante i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) PNC (All 7, relazione di autovalutazione)</p>	<p>L'Italia dispone di un quadro politico strategico, nell'ambito del quale Regioni e PPAA organizzano l'assistenza sanitaria.</p> <p>Il Piano nazionale della prevenzione (PNP), prevede l'elaborazione da parte delle Regioni/PPAA di un proprio Piano regionale di prevenzione (PRP) che evidenzia priorità di lavoro, azioni e strumenti fra quelli indicati dal PNP 2020-2025. I PRP sono stati oggetto di verifica e certificazione da parte del Ministero della salute.</p> <p>Il Nuovo Sistema Informativo nazionale (NSIS), che monitora il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), rende disponibili dati, regole e metodologie condivise per una uniforme mappatura e valutazione delle esigenze dell'assistenza sanitaria e della long-term care (LTC). Riguardo alla LTC, il Piano nazionale della Cronicità (PNC), recepito da tutte le Regioni/PPAA indica strategia e obiettivi attraverso cui migliorare la gestione della cronicità e i servizi LTC, monitorati attraverso il Flusso Informativo Assistenza Residenziale per anziani (FAR) e il Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD).</p>
				<p>2. misure per garantire assistenza sanitaria e di lunga durata efficiente, sostenibile, accessibile e abbordabile, con attenzione particolare alle persone escluse dai sistemi di assistenza sanitaria</p>	Sì	<p>Relazione di autovalutazione</p> <p>Sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gli strumenti ed i principali elementi della programmazione e pianificazione sanitaria 	<p>L'Italia dispone di un sistema coordinato di misure per garantire uniformità, accessibilità e sostenibilità delle prestazioni sanitarie anche a fasce deboli e fragili, inclusi i migranti non regolari (cui sono garantite per legge</p>

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
		disabilità RSO4.5. Garantire parità di accesso all'assistenza sanitaria e promuovere la resilienza dei sistemi sanitari, compresa l'assistenza sanitaria di base, come anche promuovere il passaggio dall'assistenza istituzionale a quella su base familiare e sul territorio		e di lunga durata, comprese le persone più difficili da raggiungere;		<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilità ed assistenza alle categorie fragili ed escluse 	<p>cure in emergenza/urgenza e prestazioni sanitarie definite).</p> <p>Su base regionale sono previsti anche progetti con servizi mobili che erogano prestazioni agli hard to reach (soggetti con dipendenze, homeless, minoranze etniche, abitanti di quartieri marginali, etc).</p> <p>É operativo l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), vigilato dal Ministero della salute, che eroga a Roma servizi sanitari gratuiti per fasce deboli e fragili. INMP svolge un coordinamento tecnico di servizi regionali su tali problematiche, produce documenti di linee guida e buone pratiche e promuove progetti i cui risultati alimentano un Osservatorio sulle problematiche di salute connesse alla povertà e alle migrazioni.</p> <p>In ogni Azienda sanitaria sono attivi un Dipartimento per la salute mentale e un Dipartimento per le dipendenze patologiche e servizi specifici per le donne.</p>
				3. misure per promuovere i servizi di assistenza su base familiare e sul territorio attraverso la deistituzionalizzazione, tra cui la prevenzione e l'assistenza sanitaria di base, le cure domiciliari e i servizi sul territorio.	Sì	<p>Relazione di autovalutazione</p> <p>Sezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gli strumenti ed i principali elementi della programmazione e pianificazione sanitaria • Accessibilità ed assistenza alle categorie fragili ed escluse • Focus assistenza familiare e di 	<p>L'Italia dispone di un sistema di misure e di specifiche articolazioni organizzative del SSN dedicate alle cure di comunità e domiciliari, con un quadro politico strategico rafforzato sulla base degli ulteriori bisogni emersi durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19, al fine di offrire queste tipologie di assistenza a tutta la popolazione target e di migliorare l'integrazione tra servizi</p>

Condizione abilitante	Fondo	Obiettivo specifico	Adempimento della condizione abilitante	Criteri	Adempimento dei criteri	Riferimento ai documenti pertinenti	Giustificazione
						comunità, equità e fasce deboli	<p>sanitari e socio-assistenziali.</p> <p>In linea con le indicazioni del PNP, i PRP prevedono un incremento delle azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare rivolte alle fasce deboli e strutturate secondo “caratteristiche di equità” che saranno valutate ex ante, sulla base della metodologia proposta nel PNP, al fine di evitare ulteriori (involontarie) forme di disuguaglianza eventualmente derivanti da errate modalità organizzative. Oltre a rafforzare i servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) attivati su base regionale, sarà inoltre sostenuta la sperimentazione di “strutture di prossimità” per la prevenzione e la presa in carico delle persone più fragili tramite strutture territoriali a forte integrazione sanitaria e sociale.</p>

5. Autorità di programma

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera k), e articoli 71 e 84 del CPR

Tabella 13: autorità di programma

Autorità di programma	Nome dell'istituzione	Nome del contatto	Posizione	Email
Autorità di gestione	Ministero della salute – Segretariato Generale Ufficio 4	Barbara Labella		pnequitanellassalute@sanita.it
Autorità di audit	Ministero dell'economia e delle finanze - Ispettorato Generale per i Rapporti finanziari con l'Unione Europea	Pasquale Arcangelo Michele Bellomo		pasqulearcangelomichele.bellomo@mef.gov.it
Organismo che riceve i pagamenti della Commissione	Ministero dell'economia e delle finanze - Ispettorato Generale per i Rapporti finanziari con l'Unione Europea	Paolo Zambuto		paolo.zambuto@mef.gov.it

La ripartizione degli importi rimborsati per l'assistenza tecnica a norma dell'articolo 36, paragrafo 5, del CPR qualora vengano individuati più organismi per ricevere i pagamenti della Commissione

Riferimento: Articolo 22, paragrafo 3, del CPR

Tabella 13A: la porzione delle percentuali di cui all'articolo 36, paragrafo 5, lettera b), del CPR che sarebbe rimborsata agli organismi che ricevono i pagamenti della Commissione in caso di assistenza tecnica a norma dell'articolo 36, paragrafo 5, del CPR (in punti percentuali)

6. Partenariato

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera h), del CPR

Nel corso del processo preparatorio del Programma, è stata avviata un'attività di dialogo e di scambio informativo con i diversi partner, con un coinvolgimento progressivamente sempre più ampio di soggetti.

Il lavoro iniziale è stato diretto ad un'analisi del contesto sanitario focalizzata sulle Regioni del Mezzogiorno (inserite nella categoria delle regioni meno sviluppate dalla Decisione di esecuzione (UE) 2021/1130 della Commissione) finalizzata ad individuare le aree per le quali potesse essere più urgente intervenire alla luce di maggiori carenze rispetto ai livelli medi nazionali, tenendo al contempo conto degli interventi già previsti da altre forme di finanziamento. A tal fine sono stati coinvolti:

- l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitari;
- l'Istituto Superiore di sanità, principale centro di ricerca, controllo e consulenza tecnico-scientifica in materia di sanità pubblica in Italia
- ProMIS - Programma Mattone Internazionale Salute
- l'Osservatorio sulla Medicina di Genere, istituito presso l'ISS, che ha la funzione di monitorare l'attuazione delle azioni di promozione, applicazione e sostegno alla Medicina di Genere previste nel Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere

In data **20 luglio 2021** è stato organizzato un primo incontro on-line con il Partenariato istituzionale, al quale hanno partecipato i responsabili dei Dipartimenti/Direzioni generali sanitarie e della programmazione e le Autorità di gestione delle 7 Regioni destinatarie del PN, rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e rappresentanti dei Comuni (ANCI - Segretariato generale e Direzioni regionali). Erano presenti anche rappresentanti del Dipartimento delle Politiche di Coesione, dell'Agenzia nazionale delle politiche attive del lavoro (ANPAL), INMP, ISS, PROMIS.

In tale occasione è stato illustrato il percorso negoziale finalizzato all'approvazione del PN e sono state presentate la strategia di fondo, le linee d'intervento prioritarie e l'impostazione metodologica utilizzata per pervenire alla loro individuazione, gli obiettivi e una proposta di azioni da porre in essere.

I presenti hanno espresso una generale soddisfazione per le linee di intervento e le azioni proposte e un apprezzamento per essere stati coinvolti per contribuire alla identificazione degli interventi più opportuni e delle relative modalità di realizzazione.

Al termine dell'incontro sono state condivise con i partecipanti le slide di sintesi della presentazione ed è stato loro richiesto di compilare una scheda contributi per suggerire, per ciascuna area di intervento illustrata, ulteriori azioni da porre in essere, per segnalare eventuali ambiti di sovrapposizione tra le azioni proposte dal Ministero della salute e quelle in corso di realizzazione o programmazione a livello regionale nonché eventuali criticità presenti nel contesto territoriale di riferimento.

I contributi ricevuti sono stati spunto per successivi incontri bilaterali con le singole Regioni, tenutisi tra la fine di settembre ed i primi di ottobre 2021, volti anche a condividere l'importanza di un coordinamento della programmazione nazionale e di quella regionale al fine di creare sinergie e assicurare la demarcazione degli interventi in esse previsti (**Calendario: Regione Molise: 22/09/2021, Regione Siciliana: 24/09/2021, Regione Basilicata: 27/09/2021, Regione Puglia: 28/09/2021, Regione Campania: 07/10/2021**).

In considerazione della rilevanza del tema della demarcazione degli interventi del PN rispetto ai Programmi regionali 2021-2027, con il supporto di PROMIS sono stati effettuati ulteriori incontri bilaterali con le sette Regioni, volti ad approfondire l'ambito di programmazione del PN equità nella salute (**Calendario: Regione Campania 26/11/2021, Regione Basilicata 9/12/2021, Regione Molise 15/12/2021, Regione Puglia 17/12/2021, Regione Sardegna 20.12.2021, Regione Sicilia 22/12/2021**,

Regione Calabria 28/12/2021, 11 aprile 2022 incontro di allineamento finale con **Regioni Basilicata, Molise, Sardegna e Calabria**).

Ad inizio anno 2022 sono state organizzate riunioni tematiche di approfondimento per le singole aree di intervento del PN, alle quali hanno partecipato le sette Regioni, Aziende sanitarie locali, i referenti competenti per materia del Ministero, di INMP, dell'ISS e PROMIS (**Calendario: 25 gennaio - Prendersi cura della salute mentale; 26 gennaio - Il genere al centro della cura; 01 febbraio - Maggiore copertura degli Screening oncologici; 04 febbraio - Contrastare la povertà sanitaria**).

Successivamente alla notifica dell'Accordo di partenariato alla Commissione europea, si è avviato il confronto con il più ampio partenariato istituzionale, economico e sociale. Gli incontri si sono tenuti nelle date del **20 gennaio e 15 febbraio 2022**, convocando in ciascuno circa 100 partner individuati tra le autorità pubbliche, le parti economiche e sociali e altri organismi rappresentativi degli interessi coinvolti, in linea con il Regolamento Delegato (UE) n. 240/2014.

Nello specifico, unitamente ai rappresentanti delle sette Regioni destinatarie del PN, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dei Comuni, del Dipartimento delle Politiche di Coesione, ANPAL e PROMIS, già convocati per l'incontro del 20 luglio 2021, sono stati invitati anche rappresentanti di: Agenzia di coesione territoriale, Ministero dell'economia e delle finanze, Unione delle Province d'Italia, Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali, Ufficio promozione parità di trattamento e rimozione discriminazioni, Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Istituto nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro, Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile, Organizzazioni sindacali a livello nazionale, Organizzazioni sindacali dei professionisti sanitari, Federazioni nazionali degli ordini professionali, delle aziende sanitarie e ospedaliere, delle società medico scientifiche, Osservatorio Nazionale Screening, Osservatorio Povertà Sanitaria, Associazioni di volontariato, Associazioni di pazienti, Associazioni di rappresentanza delle imprese e dei servizi del settore sanitario.

Nel corso dell'incontro del **20 gennaio 2022**, al quale ha partecipato approssimativamente l'80% dei partner convocati, con una presenza di circa 180 persone collegate, sono state illustrate: la strategia del programma, l'analisi condotta sul contesto sanitario italiano per identificare le principali esigenze e problematiche collegate alle 4 aree di intervento proposte, gli obiettivi e, per ciascuna area di intervento, le finalità e le ipotesi di azioni.

Al termine, ai soggetti convocati sono state inviate le slide di sintesi della presentazione e un questionario analitico per la raccolta di contributi e osservazione sulle singole azioni proposte, nonché degli interventi forniti nel corso della riunione.

Nell'incontro del **15 febbraio**, al quale hanno partecipato il 60% dei convocati, con una presenza di circa 120 persone collegate, è proseguita la presentazione delle 4 aree prioritarie del PN, offrendo maggiori dettagli con riguardo alle azioni e alle ipotesi di attività, di finanziamento e di governance. È stato esposto l'esito del questionario somministrato a valle dell'incontro del 20 gennaio, il quale ha restituito un generale consenso del partenariato. È stata lasciata la parola ai presenti per i loro interventi.

Anche a valle di questo incontro sono state inviate ai partner convocati le slide utilizzare nel corso della presentazione e un nuovo questionario per la raccolta di ulteriori spunti e osservazioni.

I contributi ricevuti dai partner consultati hanno evidenziato una valutazione positiva delle iniziative proposte dal Ministero della salute e consentito di:

- condividere le criticità legate alle carenze di personale specializzato
- rimodulare in senso più ampio gli interventi legati al tema della medicina di genere
- ricevere proposte di supporto e collaborazione per la fase di attuazione
- condividere considerazioni quali la necessità di assicurare alta integrazione tra misure sociali e sanitarie, favorire la partecipazione delle organizzazioni sociali e sindacali a livello territoriale.

Nelle giornate del **3 febbraio**, del **10 marzo** e del **23 settembre 2022** ci si è confrontati con i referenti del Ministero del lavoro impegnati nella programmazione del PN Inclusione, per illustrare le aree prioritarie e

le singole azioni e individuare modalità per sviluppare sinergie e integrazioni tra servizi sanitari e sociali. Si è condiviso l'impegno a tenere aperto il dialogo al fine di assicurare la collaborazione anche nelle fasi successive alla programmazione.

Il dialogo costruttivo con il partenariato sarà mantenuto nella fase di attuazione, nel corso della quale i partner, inclusi i rappresentanti dei servizi sociali e del terzo settore, saranno chiamati a confrontarsi con le strutture gestionali in merito alla progressiva capacità del programma di raggiungere gli obiettivi fissati.

Sarà, inoltre, assicurato il coinvolgimento del partenariato nelle fasi valutazione del programma, attraverso confronti periodici volti a favorire la rappresentazione delle esigenze conoscitive e valutative dei diversi partner e stakeholder coinvolti.

7. Comunicazione e visibilità

Riferimento: articolo 22, paragrafo 3, lettera j), del CPR

La strategia di comunicazione, in linea con i principi e gli indirizzi dell'Unione Europea in tema di informazione e comunicazione e con le disposizioni del Regolamento (UE) 2021/1060, riconosce quale priorità della comunicazione il miglioramento del livello di visibilità della politica di coesione e dei vantaggi forniti dall'UE alla vita delle persone.

Condivide altresì che il comunicare in modo ampio e sistematico le informazioni, le opportunità, i risultati e l'impatto degli interventi del programma finanziati dei fondi FSE+ e FESR determina un impatto positivo anche sulla reputazione delle istituzioni nazionali e locali, responsabili della realizzazione.

Attraverso l'attuazione della presente Strategia di comunicazione, si mira a massimizzare l'impatto di tutti gli interventi finanziati dal Programma, con misure volte a :

- garantire ampia visibilità dei risultati ottenuti e del ruolo di sostegno offerto dell'Unione europea attraverso l'FSE+ e il (FESR), anche attraverso l'utilizzo dell'emblema dell'Unione e lo sviluppo di una *brand identity* per la riconoscibilità del Programma, con particolare attenzione alle operazioni di importanza strategica
- raccogliere e diffondere informazioni veritiere, accurate e aggiornate, evidenziando il contributo dei fondi nel migliorare le condizioni di vita dei cittadini
- diffondere in modo chiaro e accessibile le informazioni relative a obiettivi, opportunità di finanziamento, attività e operazioni finanziate, risultati ottenuti, in particolare a supporto dei beneficiari
- assicurare l'accessibilità delle informazioni per le persone con disabilità
- informare la popolazione, e in particolare i destinatari degli interventi, sulle modalità di accesso ai servizi e agli interventi sostenuti dal Programma, individuando le strategie più adeguate per le persone in condizione di vulnerabilità socio-economica
- garantire la trasparenza nelle attività di comunicazione verso i cittadini e gli stakeholder, al fine di informarli e renderli consapevoli riguardo a finalità, attività e risultati raggiunti
- promuovere forme di comunicazione sinergica tra i soggetti coinvolti ai vari livelli di governance, il partenariato, i beneficiari e i destinatari
- garantire che ciascun beneficiario realizzi azioni di comunicazione che rendano riconoscibile il sostegno dei fondi comunitari all'operazione

Pubblico destinatario

La platea dei destinatari delle azioni di comunicazione e informazione del PN è composta da beneficiari potenziali ed effettivi, destinatari diretti e indiretti delle azioni, stakeholder coinvolti a vario titolo nell'attuazione del programma, grande pubblico dei cittadini che, seppure non direttamente coinvolti dagli interventi del Programma, ne beneficia in quanto parte della comunità.

Canali di comunicazione, compresa la diffusione sui social media

La strategia di comunicazione si avvale di strumenti diversi a seconda del target di riferimento:

- Sito web dedicato, collegato al portale unico nazionale individuato nell'Accordo di Partenariato, sul quale assicurare la disponibilità di tutte le informazioni relative al PN previste dal Reg. UE 2021/1060 e gli opportuni approfondimenti .
- Stampa e media: conferenze stampa, comunicati stampa, eventi di lancio e presentazione
- Eventi: seminari, webinar e workshop rivolti al partenariato e ai soggetti a vario titolo interessati, finalizzati a promuovere la cooperazione e lo scambio di esperienze

- Campagne informative per sensibilizzare il pubblico in termini generali o su interventi specifici;
- Social media, per la diffusione di video e contenuti informativi
- Prodotti editoriali e promozionali: opuscoli, depliant, pubblicazioni
- Manifestazioni istituzionali e di settore: partecipazione del PN agli eventi
- Prodotti audiovisivi: video informativi, con soluzioni grafiche e linguaggi fruibili anche da un target di non addetti ai lavori, per arrivare in nuovi contesti e coinvolgere target non ancora raggiunti, con attenzione ai potenziali destinatari degli interventi. I video potranno essere diffusi sui canali istituzionali (sito web, eventi, ecc), sui social media e negli spazi televisivi.

L'Autorità di Gestione individuerà un responsabile della comunicazione del programma.

Per le attività indicate nel presente paragrafo è previsto, un budget di circa € 3.000.000

Indicatori

Tipologia azione:

1. Comunicazione on line: web e social
2. Eventi
3. Pubblicazione e materiali di supporto

Indicatore di realizzazione fisica:

- 1.a) n. pagine pubblicate
- 1.b) n. news pubblicate

- 2.a) n. eventi realizzati
- 2.b) n. partecipazioni ad eventi

- 3) n. video pubblicati

Indicatore di risultato:

- 1.a) n. visite a sito
- 1.b) n. visualizzazioni news

- 2.a) n. partecipanti
- 2.b) n. interventi

- 3) n. visualizzazioni

8. Utilizzo di costi unitari, somme forfettarie, tassi fissi e finanziamenti non collegati ai costi

Riferimento: articoli 94 e 95 del CPR

Tabella 14: utilizzo di costi unitari, somme forfettarie, tassi forfettari e finanziamenti non collegati ai costi

Impiego previsto degli articoli 94 e 95 del CPR	Sì	No
A partire dall'adozione, il programma farà uso dei rimborsi dei contributi dell'Unione in base a costi unitari, somme forfettarie e tassi forfettari nell'ambito della priorità conformemente all'articolo 94 del CPR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A partire dall'adozione, il programma farà uso di rimborsi dei contributi dell'Unione in base a finanziamenti non collegati ai costi conformemente all'articolo 95 del CPR	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Appendice 1: Contributo dell'Unione in base a costi unitari, somme forfettarie e tassi fissi

A. Sintesi degli elementi principali

Priorità	Fondo	Obiettivo specifico	Categoria di regione	Proporzione stimata della dotazione finanziaria totale all'interno della priorità, alla quale si applicheranno le SCO in %	Tipo/i di operazione coperto/i		Indicatore che determina il rimborso		Unità di misura dell'indicatore che determina il rimborso	Tipo di SCO (tabella standard di costi unitari, somme forfettarie e tassi fissi)	Importo (in EUR) o percentuale (in caso di tassi fissi) delle SCO
					Codice(1)	Descrizione	Codice(2)	Descrizione			

(1) Si riferisce al codice relativo alla dimensione "campo d'intervento" nella tabella 1 dell'allegato I del CPR e nell'allegato IV del regolamento FEAMPA.

(2) Si riferisce al codice relativo a un indicatore comune, ove applicabile

Appendice 1: Contributo dell'Unione in base a costi unitari, somme forfettarie e tassi fissi

B. Dettagli per tipo di operazione

C. Calcolo della tabella standard di costi unitari, somme forfettarie e tassi forfettari

1. Fonte dei dati usati per calcolare la tabella standard di costi unitari, somme forfettarie o tassi forfettari (chi ha prodotto, raccolto e registrato i dati, dove sono conservati, date limite, convalida, ecc.)

2. Specificare perché il metodo e il calcolo proposti in base all'articolo 94, paragrafo 2, del CPR, sono rilevanti per il tipo di operazione.

3. Specificare come sono stati eseguiti i calcoli, includendo in particolare eventuali ipotesi formulate in termini di qualità e quantità. Ove pertinente, dovrebbero essere impiegati e, se richiesto, forniti, prove statistiche e parametri di riferimento in un formato utilizzabile dalla Commissione.

4. Illustrare come si è garantito che il calcolo della tabella standard di costi unitari, somme forfettarie o tassi forfettari comprendesse solo le spese ammissibili.

5. Valutazione della/delle autorità di audit degli importi e della metodologia di calcolo e delle modalità per garantire la verifica, la qualità, la raccolta e la conservazione dei dati.



Appendice 2: Contributo dell'Unione basato su finanziamenti non collegati ai costi

A. Sintesi degli elementi principali

Priorità	Fondo	Obiettivo specifico	Categoria di regione	Importo coperto dal finanziamento non collegato ai costi	Tipo o tipi di operazione coperto/i		Condizioni da soddisfare/risultati da conseguire che determinano il rimborso da parte della Commissione	Indicatore		Unità di misura delle condizioni da soddisfare/dei risultati da conseguire che determinano il rimborso da parte della Commissione	Tipo di metodo di rimborso previsto per rimborsare il/i beneficiario/i
					Codice (1)	Descrizione		Codice (2)	Descrizione		

(1) Si riferisce al codice relativo alla dimensione "campo d'intervento" nella tabella 1 dell'allegato I del CPR e nell'allegato IV del regolamento FEAMPA.

(2) Si riferisce al codice relativo a un indicatore comune, ove applicabile

B. Dettagli per tipo di operazione

OPERAZIONE

Attivazione sperimentale di Progetti Terapeutico Riabilitativi Personalizzati (PTRP)

GIUSTIFICAZIONE

L'Italia, cui viene riconosciuta la scelta coraggiosa della chiusura degli Ospedali psichiatrici nel 1978 per garantire l'entrata nella cittadinanza sociale delle persone con problemi di salute mentale, sta attuando una riforma della rete di assistenza territoriale verso un nuovo modello di assistenza di prossimità per offrire le risposte ai bisogni di salute il più vicino possibile ai cittadini. Per migliorare l'assistenza delle persone con problemi di salute mentale occorre attivare percorsi di cura inclusivi e partecipati, che pongano la persona al centro della cura. A tal fine, per colmare le carenze presenti nelle aree di intervento del PN e rafforzare la resilienza della rete di prossimità dei DSM delle ASL, saranno sperimentati modelli integrati di collaborazione tra DSM, servizi sociali e ETS, orientati alla presa in carico personalizzata, alla non istituzionalizzazione dei nuovi casi e alla deistituzionalizzazione dei pazienti già trattati nelle strutture residenziali, volti a favorire il recupero dell'autonomia personale e il ripristino delle competenze sociali (recovery)

BUDGET

€ 145 Mln

FONDO

FSE+

CRONOPROGRAMMA

Gennaio 2023 Avvio definizione del modello

Gennaio 2024 Avvio sperimentazione

Gennaio 2029 Avvio valutazione sperimentazione

OPERAZIONE

Rafforzamento della resilienza e della capacità dei servizi di *screening* oncologico attraverso interventi di adeguamento infrastrutturale e tecnologico-strumentale

GIUSTIFICAZIONE

Nelle 7 Regioni MS il punteggio dell'indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia relativo al numero dei test di screening di primo livello effettuati risulta sempre inferiore alla soglia minima di garanzia. Il PN interviene per riorganizzare la rete dei punti per gli screening oncologici, con interventi di adeguamento infrastrutturale, tecnologico e strumentale, anche per l'apertura di nuovi punti in spazi sanitari già esistenti, nonché l'acquisto di *motorhome* attrezzati anche con mammografi digitali, per allargare la platea di partecipanti.

BUDGET

€ 76 Mln

FONDO

FESR

CRONOPROGRAMMA

Ottobre 2022 Definizione del fabbisogno

Ottobre 2023 Avvio procedure di acquisizione di beni, servizi e lavori

Ottobre 2024 Avvio rafforzamento punti screening

DOCUMENTI

Titolo del documento	Tipo di documento	Data del documento	Riferimento locale	Riferimento della Commissione	File	Data di invio	Inviato da
Programme snapshot 2021IT05FFPR002 1.1	Istantanea dei dati prima dell'invio	3-ott-2022		Ares(2022)6800052	Programme snapshot 2021IT05FFPR002 1.1 - Machine Translated Programme_snapshot_2021IT05FFPR002_1.1_en.pdf Programme_snapshot_2021IT05FFPR002_1.1_it.pdf	3-ott-2022	Gerli, Massimo