

7. L'art. 10, comma 2, del decreto ministeriale del 14 ottobre 2022, n. 522163 è sostituito dal seguente:

«Il contributo è erogato nelle percentuali massime della spesa ammessa a finanziamento con le modalità riportate all'interno degli articoli 21, 22 e 24 del regolamento (UE) n. 702/2014 e degli articoli 21, 22 e 24 del regolamento (UE) n. 2022/2472».

8. L'art. 13, comma 1, del decreto ministeriale del 14 ottobre 2022, n. 522163 è sostituito dal seguente:

«Le spese ammissibili e le intensità massime di aiuto sono quelle previste per ogni singola categoria di aiuto del regolamento (UE) n. 702/2014 e del regolamento (UE) n. 2022/2472 e indicate dal Ministero nei provvedimenti attuativi».

9. L'art. 15, comma 1, del decreto ministeriale del 14 ottobre 2022, n. 522163 è sostituito dal seguente:

«Gli aiuti concessi sulla base del presente decreto assumono la forma di sovvenzioni e, ai sensi dell'art. 5, paragrafo 2, lettera a) del regolamento (UE) n. 702/2014 e dell'art. 5, paragrafo 3, lettera a) del regolamento (UE) n. 2022/2472, sono considerati aiuti "trasparenti"».

10. L'art. 16, comma 1, del decreto ministeriale del 14 ottobre 2022, n. 522163 è sostituito dal seguente:

«Ai fini del rispetto del principio secondo cui gli aiuti siano "necessari e costituiscano un incentivo all'ulteriore sviluppo dell'attività" (c.d. effetto incentivazione), ai sensi dell'art. 6, paragrafo 2 del regolamento (UE) n. 702/2014 e dell'art. 6, paragrafo 2 del regolamento (UE) n. 2022/2472, il soggetto proponente per beneficiare dei contributi, deve presentare domanda di contributo scritta, prima dell'avvio delle attività per le quali chiede l'aiuto, nella quale sono contenute le informazioni previste dal sopracitato art. 6, paragrafo 2».

11. L'art. 17, comma 1, del decreto ministeriale del 14 ottobre 2022, n. 522163 è sostituito dal seguente:

«Il Ministero trasmette alla Commissione europea, mediante il sistema di notifica elettronica della Commissione ai sensi dell'art. 3 del regolamento (CE) n. 794/2004, una sintesi degli aiuti previsti nel presente decreto e nei provvedimenti attuativi nel formato standardizzato di cui all'allegato II del regolamento n. 702/2014 o all'allegato II del regolamento (UE) n. 2022/2472».

12. L'art. 17, comma 2, del decreto ministeriale del 14 ottobre 2022, n. 522163 è sostituito dal seguente:

«Il Ministero provvede alla pubblicazione del presente decreto e degli atti successivi secondo le disposizioni di cui all'art. 9 del regolamento (UE) n. 702/2014 e di cui all'art. 9 del regolamento (UE) n. 2022/2472».

Art. 2.

1. Per quanto non disciplinato dal presente provvedimento restano ferme le disposizioni di cui al decreto ministeriale del 14 ottobre 2022, n. 522163.

2. Il presente decreto è trasmesso agli organi di controllo ed è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 23 maggio 2023

p. delega il *Sottosegretario di Stato*: D'ERAMO

Registrato alla Corte dei conti l'11 luglio 2023

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero delle imprese e del made in Italy, del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste e del Ministero del turismo, n. 1085

23A04062

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 marzo 2023.

Sperimentazione dei progetti regionali sulla cefalea primaria cronica.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del Servizio sanitario nazionale»;

Visto l'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento all'art. 3-*septies* che disciplina le forme di integrazione socio-sanitaria;

Visto l'accordo tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 di approvazione del «Piano nazionale della cronicità» che ha definito come strategica l'assistenza socio-sanitaria basata su azioni coordinate ed integrate e ha definito le cinque fasi per la presa in carico delle persone affette da patologie croniche;

Vista la legge 14 luglio 2020, n. 81, recante «Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale», che prevede l'adozione di un decreto del Ministro della salute, da adottarsi previa intesa da sancire in sede di conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, al fine di individuare progetti finalizzati alla sperimentazione della presa in carico delle persone affette da cefalea primaria cronica;

Visto, in particolare, l'art. 1, comma 1, della citata legge n. 81 del 2020, che identifica la cefalea primaria cronica come malattia a impatto sociale, se «accertata da almeno un anno nel paziente mediante diagnosi effettuata da uno specialista del settore presso un centro accreditato per la diagnosi e la cura delle cefalee che ne attesti l'effetto invalidante»;

Considerato che i progetti finalizzati sono finanziati con le risorse di cui all'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il Comitato interministeriale per la programmazione economica



e lo sviluppo sostenibile, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con questa Conferenza, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale, da assegnare alle regioni per la predisposizione di specifici progetti, e considerato, pertanto, che non sono previsti nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica a carico della finanza pubblica in quanto le risorse vincolate rientrano nell'ambito del fabbisogno sanitario nazionale standard;

Considerato che le lettere *a), b), c), d), e) e f)* del richiamato art. 1, comma 1, della legge 14 luglio 2020, n. 81, definiscono come cefalee primarie croniche le seguenti forme: emicrania cronica e ad alta frequenza, cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici, cefalea a grappolo cronica, emicrania parossistica cronica, cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione e emicrania continua;

Tenuto conto che l'Organizzazione mondiale della sanità classifica l'emicrania al secondo posto fra tutte le malattie che causano disabilità, in riferimento allo studio del *Global burden disease 2017* e riconosce le cefalee tra le patologie ad elevato impatto socio-sanitario (*World health organization. The world health report 2001*);

Rilevato che gli studi scientifici considerano la cefalea come una condizione patologica molto diffusa in Italia, a prevalenza del genere femminile, con un impatto economico e sociale rilevante;

Tenuto conto che, ai sensi della predetta legge n. 81 del 2020, la cefalea primaria cronica presenta le caratteristiche di una malattia ad impatto sociale, investendo sia aspetti di tipo clinico-assistenziali sia la sfera economica e sociale, in quanto interessa una fascia estesa della popolazione, necessita di trattamento continuo a lungo termine, ha una possibile evoluzione invalidante sulla persona, con il coinvolgimento della famiglia e più in genere della collettività, in quanto la cronicità propria della malattia determina costi apprezzabili a livello sanitario e sociale;

Considerato che la classificazione internazionale delle cefalee «*International classification of headache disorders*», gennaio 2018, permette di fare diagnosi di qualunque disturbo doloroso cefalico, sia esso primario o secondario;

Acquisita l'Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 22 marzo 2023;

Decreta:

Art. 1.

Finalità ed ambito di applicazione

1. È adottato il documento tecnico denominato «Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali finalizzati a sperimentare metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea primaria cronica» ed è stabilito l'ammontare massimo delle risorse disponibili per i progetti, nonché la ripartizione delle stesse tra le regioni, di cui agli allegati 1 e 2, parti integranti del presente decreto.

2. Con le linee di indirizzo si rende applicativo l'art. 1, comma 2, della legge 14 luglio 2020, n. 81, che prevede l'attivazione di azioni programmatiche regionali finalizzate alla sperimentazione di metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea primaria cronica.

3. I progetti regionali, di cui al comma 2, sono rivolti a pazienti con cefalea primaria cronica diagnosticata da uno specialista del settore presso un centro accreditato per la diagnosi e cura delle cefalee che ne abbia attestato l'effetto invalidante.

Art. 2.

Linee di indirizzo

1. Le linee di indirizzo, di cui all'art. 1, stabiliscono i criteri e le modalità di trasmissione dei progetti regionali, nonché le procedure alle quali le regioni dovranno attenersi per la rendicontazione dei risultati raggiunti, come riportato nell'allegato 1.

2. Le linee di indirizzo hanno la finalità di garantire, a livello nazionale, l'omogeneità e l'efficacia della presa in carico delle persone affette da cefalea primaria cronica nelle forme di: emicrania cronica e ad alta frequenza, cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici, cefalea a grappolo cronica, emicrania parossistica cronica, cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione e emicrania continua.

3. Sono parte integrante delle linee di indirizzo la scheda per la presentazione del progetto regionale (scheda progetto) e la scheda di rendicontazione dei risultati raggiunti a chiusura del progetto regionale (scheda dei risultati raggiunti).

Art. 3.

Durata dei progetti regionali

1. I progetti regionali, di cui all'art. 1, hanno una durata biennale per gli anni 2023 e 2024.

2. Le regioni presentano la deliberazione di giunta regionale o atto equivalente che approva il progetto entro e non oltre il 31 dicembre 2023 al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria.

3. La relazione finale dei risultati raggiunti con il progetto viene trasmessa da ciascuna regione al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, entro e non oltre il 31 gennaio 2025, con deliberazione di giunta regionale o atto equivalente di approvazione.

4. Il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, provvede alla valutazione dei risultati raggiunti dalle regioni.

Art. 4.

Finanziamento dei progetti regionali

1. Le regioni interessate alla realizzazione dei progetti sono le medesime che accedono all'assegnazione delle quote del Fondo sanitario nazionale, di cui all'art. 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, tenendo conto della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico della Regione Sicilia.



2. L'assegnazione delle risorse alle regioni avviene tramite lo stanziamento di 5 milioni di euro per l'anno 2023 e di 5 milioni di euro per l'anno 2024, mediante l'utilizzo delle risorse destinate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, anni 2023 e 2024, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662.

3. Il riparto delle risorse, di cui all'allegato 2, è calcolato sulla base della popolazione residente ultima disponibile.

4. Le quote spettanti a ciascuna regione saranno erogate dal Ministero dell'economia e delle finanze subordinatamente all'acquisizione dell'Intesa da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulla proposta di delibera Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile avente ad oggetto la ripartizione del Fondo sanitario nazionale degli anni 2023 e 2024.

5. La mancata trasmissione, da parte delle regioni, dei progetti regionali, o la mancata approvazione dei progetti presentati, o in caso di approvazione dei progetti regionali per un importo inferiore a quanto indicato nell'allegato 2, o in caso di mancata presentazione della relazione finale sui risultati raggiunti con relativa approvazione, entro i termini definiti nel presente atto, comporterà il recupero delle somme erogate negli anni 2023 e 2024.

Art. 5.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione del presente decreto non derivano nuovi o ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. Alle attività previste dallo stesso si provvede mediante le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Il presente decreto è trasmesso ai competenti organi di controllo e pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 23 marzo 2023

Il Ministro: SCHILLACI

Registrato alla Corte dei conti il 14 giugno 2023

Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'istruzione e del merito, del Ministero dell'università e della ricerca, del Ministero della cultura, del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, reg. n. 1885

ALLEGATO I

LINEE DI INDIRIZZO
PER LA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI REGIONALI
FINALIZZATI A SPERIMENTARE METODI INNOVATIVI
DI PRESA IN CARICO DELLE PERSONE AFFETTE
DA CEFALEA PRIMARIA CRONICA
(ai sensi della legge 14 luglio 2020, n. 81)

Premessa

Il mal di testa, o cefalea, è un sintomo doloroso localizzato nella regione cranica che può presentarsi come un attacco isolato o con una manifestazione più ampia di disturbi.

L'*International classification of headache disorders-3* (ICHD-3), nell'anno 2018, ha distinto le cefalee in quattordici tipologie differenti aventi ognuna numerose sottoclassi. I codici e le diagnosi dell'ICHD-3 sono riportati nell'allegata tabella 1.

In riferimento a tale classificazione le cefalee vengono principalmente distinte in cefalee primarie, che sono quelle condizioni in cui il mal di testa è il sintomo principale e non può essere attribuito ad una specifica causa nota, e in cefalee secondarie, che sono quelle condizioni in cui il mal di testa è attribuito a un insieme di disturbi specifici noti e temporalmente correlati ad esso.

The primary headaches	1. Migraine
	2. Tension-type headach
	3. Trigeminal autonomic cephalalgias
	4. Other primary headache disorders
The secondary headaches	5. Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck
	6. Headache attributed to cranial and/or cervical vascular disorder
	7. Headache attributed to non-vascular intracranial disorder
	8. Headache attributed to a substance or its withdrawal
	9. Headache attributed to infection
	10. Headache attributed to disorder of homeostasis
	11. Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cranial structure
	12. Headache attributed to psychiatric disorder

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), facendo riferimento alle valutazioni del *Global burden disease*, classifica la cefalea al secondo posto fra tutte le malattie che causano disabilità (GBD 2017) e come prima causa di disabilità in soggetti di età inferiore a cinquant'anni.

Tale patologia può determinare rilevanti perdite di produttività legate alla prolungata assenza dal lavoro dei soggetti malati e può rappresentare un fattore di rischio per altre patologie. Infatti, l'OMS ha riconosciuto la cefalea tra le patologie ad elevato impatto socio-sanitario (*World health organization. The world health report 2001*).

Secondo il parametro YLDs (*Years lived with disability* - anni vissuti con disabilità) la cefalea occupa il secondo posto, dopo la lombalgia, della classifica delle dieci malattie a più elevata disabilità nel mondo ed in Italia, per tutte le classi di età ed in entrambi i sessi (Vos et al., 2017).

La cefalea può essere pertanto ritenuta una malattia dolorosa e invalidante, i cui disturbi comportano, a chi ne è affetto, sofferenze personali, compromissione della qualità della vita e costi finanziari. I ripetuti attacchi di cefalea, spesso, danneggiano la vita familiare, sociale e lavorativa, possono predisporre l'individuo ad altre malattie, come per esempio, l'ansia e la depressione, che sono significativamente più comuni nelle persone con emicrania che negli individui sani.

I dati riportati dalla letteratura scientifica evidenziano che i disturbi della cefalea rappresentano un problema di salute pubblica data la disabilità associata e i costi finanziari per la società. Infatti, i disturbi del mal di testa sono più fastidiosi negli anni produttivi (dalla tarda adolescenza ai cinquant'anni) e le stime del loro costo finanziario per la società, principalmente dalle ore di lavoro perse e dalla ridotta produttività, sono considerevoli. L'OMS ha rilevato che nel Regno Unito, ad esempio, ogni anno si perdono circa 25 milioni di giornate lavorative o scolastiche a causa della sola emicrania.



Inoltre, secondo una indagine dell'OMS, è risultato che molti di coloro che soffrono di mal di testa non ricevono cure efficaci, ad esempio, negli Stati Uniti d'America e nel Regno Unito, solo la metà delle persone identificate con emicrania aveva visto un medico per motivi legati al mal di testa nei dodici mesi precedenti al sondaggio e solo due terzi avevano ricevuto una diagnosi corretta; la maggior parte dipendeva esclusivamente da farmaci da banco.

Infine, risulta che in tutto il mondo a un gran numero di persone che soffrono di mal di testa non viene diagnosticata e curata la malattia.

I disturbi della cefalea non sono riconosciuti dalla comunità come gravi poiché sono per lo più episodici, non causano la morte e non sono contagiosi. I bassi tassi di consultazione degli specialisti del settore nei Paesi sviluppati fanno pensare che molte persone colpite non sono consapevoli dell'esistenza di trattamenti efficaci.

L'Atlante delle cefalee, realizzato dall'OMS e da un'organizzazione benefica, *Lifting the burden*, nell'anno 2011, riporta che, nel mondo, in un anno il 50,5% di persone soffre di cefalea e di queste l'11,2% è colpito da emicrania, il 50% da cefalea tensiva, il 3-4% da cefalea da abuso di farmaci e il resto da altre cefalee. In particolare, in Europa, in ogni momento 1 milione di persone ha un attacco di emicrania, e in un anno si perdono 190 milioni di giornate di lavoro per questo motivo. Sempre secondo l'Atlante, il costo di un paziente con emicrania all'anno è di 1.177 euro, di 300 euro quello con cefalea tensiva e di 3.444 euro quello con cefalea da abuso di farmaci. Studi recenti dimostrano che la cefalea primaria va incontro a peggioramento a seguito di malattia da coronavirus (COVID-19) e si manifesta *de novo* post-infezione in soggetti che prima non ne soffrivano.

Linee di indirizzo per i progetti regionali

Il presente documento tecnico rappresenta, per le regioni, un utile strumento per pianificare ed attivare i progetti finalizzati a sperimentare nuovi metodi di presa in carico delle persone affette dalla cefalea primaria cronica nelle forme riportate nella seguente tabella.

Cefalee primarie croniche	Emicrania cronica e ad alta frequenza
	Cefalea cronica quotidiana con o senza uso eccessivo di farmaci analgesici
	Cefalea a grappolo cronica
	Emicrania parossistica cronica
	Cefalea nevralgiforme unilaterale di breve durata con arrossamento oculare e lacrimazione e emicrania continua

Tali progetti sono quindi rivolti a pazienti con cefalea primaria cronica, diagnosticata da uno specialista del settore presso un centro accreditato per la diagnosi e cura delle cefalee che ne attesti l'effetto invalidante.

Le regioni sono invitate a sviluppare dei progetti, secondo la scheda di progetto riportata di seguito, volti a migliorare la presa in carico delle persone affette dalle sopra citate forme di cefalea prima cronica al fine di raggiungere i seguenti obiettivi:

avviare/implementare, a livello regionale, dei modelli innovativi di presa in carico dei pazienti mediante lo sviluppo di percorsi integrati di diagnosi e cura al fine di strutturare una rete di collaborazione tra i diversi professionisti (specialista del centro cefalea di II livello, specialista ambulatoriale, medico di medicina generale, medici di pronto soccorso, etc.);

prevedere/implementare il coinvolgimento di specialisti di altre discipline da inserire nel percorso di cura in relazione alle necessità del paziente (Medici ginecologi, Psicologi, etc.);

realizzare specifici corsi di formazione per il personale sanitario; promuovere gli eventi di informazione e di orientamento per i cittadini;

sostenere la ricerca del settore.

Le regioni possono conseguire, con i propri progetti, uno o più dei seguenti risultati:

garantire l'equità di accesso alle cure;

assicurare un accesso tempestivo al percorso di cura;

sviluppare specifici percorsi di qualità e appropriatezza per la presa in carico dei pazienti;

costruire una rete regionale della patologia che si interfacci con i diversi percorsi diagnostici terapeutici regionali e con le reti per la cefalea delle altre regioni;

potenziare l'interazione fra i diversi professionisti;

omogeneizzare e standardizzare i comportamenti professionali;

sviluppare un'adeguata informazione e un'efficace comunicazione con i cittadini;

migliorare la conoscenza della patologia cefalalgica sugli aspetti diagnostici, terapeutici e di presa in carico dei pazienti, nonché sul quadro epidemiologico;

promuovere la collaborazione tra istituzioni, società scientifiche, associazioni di pazienti e tutte le altre figure coinvolte;

ridurre l'impatto economico nell'ambito sanitario e sociale.

La scheda di progetto, compilata in ogni campo, viene trasmessa, con delibera o atto equivalente di approvazione, al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, entro e non oltre il 31 dicembre 2023.

Le attività progettuali dovranno concludersi entro e non oltre il 31 dicembre 2024.

Entro il 31 gennaio 2025, le regioni sono tenute a trasmettere al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, con delibera o atto equivalente di approvazione, una relazione sui risultati raggiunti, compilando tutti i campi della scheda dei risultati raggiunti, riportata di seguito. In particolare è necessario:

indicare le risorse finanziarie utilizzate per realizzare il progetto, specificando se la regione ha aggiunto risorse proprie;

descrivere il contesto di riferimento e di esperienze esistenti a livello regionale, riportare i principali dati epidemiologici e le tipologie di assistenza/servizi già presenti prima dell'inizio del progetto;

rilevare, per ciascun obiettivo del progetto, il valore numerico relativo agli indicatori di risultato previsti;

indicare un'eventuale sostenibilità del progetto, indicando se la regione proseguirà le attività intraprese a chiusura del progetto con proprie risorse;

specificare in quale altra realtà o contesto potrebbe essere trasferibile o replicabile il progetto o parte di esso;

individuare le più rilevanti criticità affrontate e le soluzioni adottate.

Modalità di trasmissione dei progetti

Le regioni presentano la deliberazione di giunta regionale o atto equivalente che approva il progetto, entro e non oltre il 31 dicembre 2023, al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, via posta certificata (dgprog@postacert.sanita.it).

Il progetto viene elaborato dalle regioni in coerenza con la «scheda di progetto» di seguito riportata.

Il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, valuta i progetti e chiede, se necessario, integrazioni o chiarimenti. Pertanto, i progetti sono considerati approvati se non vengono richieste integrazioni o chiarimenti entro sessanta giorni dalla data di ricevimento della documentazione.

I progetti regionali dovranno essere conclusi entro e non oltre il 31 dicembre 2024.

Le regioni, entro trentuno giorni dalla conclusione delle attività progettuali (31 gennaio 2025), trasmettono, al Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria (dgprog@postacert.sanita.it), una relazione illustrativa delle attività messe in atto e la «scheda dei risultati raggiunti», riportata di seguito.

Il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, effettua la valutazione finale dei risultati conseguiti sulla base delle relazioni e delle schede dei risultati presentate dalle regioni, con facoltà di richiedere integrazioni e chiarimenti.



Tabella 1: Classificazione delle cefalee - *International classification of headache disorders-3 (ICHD3)*, anno 2018.

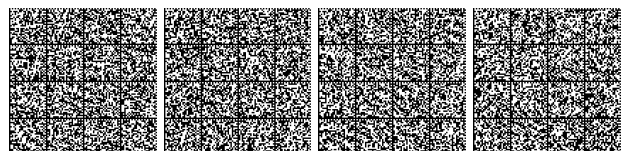
ICHD-3 code	Diagnosis	
1	Migraine	1.1 Migraine without aura 1.2 Migraine with aura (1.2.1 Migraine with typical aura 1.2.1.1 Typical aura with headache 1.2.1.2 Typical aura without headache 1.2.2 Migraine with brainstem aura 1.2.3 Hemiplegic migraine 1.2.3.1 Familial hemiplegic migraine (FHM) 1.2.3.1.1 Familial hemiplegic migraine type 1 (FHM1) 1.2.3.1.2 Familial hemiplegic migraine type 2 (FHM2) 1.2.3.1.3 Familial hemiplegic migraine type 3 (FHM3) 1.2.3.1.4 Familial hemiplegic migraine, other loci 1.2.3.2 Sporadic hemiplegic migraine (SHM) 1.2.4 Retinal migraine) 1.3 Chronic migraine 1.4 Complications of migraine (1.4.1 Status migrainosus 1.4.2 Persistent aura without infarction 1.4.3 Migrainous infarction 1.4.4 Migraine aura-triggered seizure) 1.5 Probable migraine (1.5.1 Probable migraine without aura 1.5.2 Probable migraine with aura) 1.6 Episodic syndromes that may be associated with migraine (1.6.1 Recurrent gastrointestinal disturbance 1.6.1.1 Cyclical vomiting syndrome 1.6.1.2 Abdominal migraine 1.6.2 Benign paroxysmal vertigo 1.6.3 Benign paroxysmal torticollis)
2	Tensiontype headache (TTH)	2.1 Infrequent episodic tension-type headache (2.1.1 Infrequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness 2.1.2 Infrequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness) 2.2 Frequent episodic tension-type headache (2.2.1 Frequent episodic tension-type headache associated with pericranial tenderness 2.2.2 Frequent episodic tension-type headache not associated with pericranial tenderness) 2.3 Chronic tension-type headache (2.3.1 Chronic tension-type headache associated with pericranial tenderness 2.3.2 Chronic tension-type headache not associated with pericranial tenderness) 2.4 Probable tension-type headache (2.4.1 Probable infrequent episodic tension-type headache 2.4.2 Probable frequent episodic tension-type headache 2.4.3 Probable chronic tension-type headache)
3	Trigeminal autonomic cephalalgias (TACs)	3.1 Cluster headache (3.1.1 Episodic cluster headache 3.1.2 Chronic cluster headache) 3.2 Paroxysmal hemicrania (3.2.1 Episodic paroxysmal hemicrania 3.2.2 Chronic paroxysmal hemicrania) 3.3 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks (3.3.1 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT) 3.3.1.1 Episodic SUNCT 3.3.1.2 Chronic SUNCT 3.3.2 Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic symptoms (SUNA) 3.3.2.1 Episodic SUNA 3.3.2.2 Chronic SUNA) 3.4 Hemicrania continua (3.4.1 Hemicrania continua, remitting subtype 3.4.2 Hemicrania continua, unremitting subtype) 3.5 Probable trigeminal autonomic cephalalgia (3.5.1 Probable cluster headache 3.5.2 Probable paroxysmal hemicrania 3.5.3 Probable short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks 3.5.4 Probable hemicrania continua)
4	Other primary headache disorders	4.1 Primary cough headache (4.1.1 Probable primary cough headache) 4.2 Primary exercise headache (4.2.1 Probable primary exercise headache) 4.3 Primary headache associated with sexual activity (4.3.1 Probable primary headache associated with sexual activity) 4.4 Primary thunderclap headache 4.5 Cold-stimulus headache (4.5.1 Headache attributed to external application of a cold stimulus 4.5.2 Headache attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus 4.5.3 Probable cold-stimulus headache 4.5.3.1 Headache probably attributed to external application of a cold stimulus 4.5.3.2 Headache probably attributed to ingestion or inhalation of a cold stimulus) 4.6 External-pressure headache (4.6.1 External-compression headache 4.6.2 External-traction headache 4.6.3 Probable external-pressure headache 4.6.3.1 Probable external-compression headache 4.6.3.2 Probable external-traction headache) 4.7 Primary stabbing headache (4.7.1 Probable primary stabbing headache) 4.8 Nummular headache (4.8.1 Probable nummular headache) 4.9 Hypnic headache (4.9.1 Probable hypnic headache) 4.10 New daily persistent headache (NDPH) (4.10.1 Probable new daily persistent headache)
5	Headache attributed to trauma or injury to the head and/or neck	5.1 Acute headache attributed to traumatic injury to the head (5.1.1 Acute headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head 5.1.2 Acute headache attributed to mild traumatic injury to the head) 5.2 Persistent headache attributed to traumatic injury to the head (5.2.1 Persistent headache attributed to moderate or severe traumatic injury to the head 5.2.2 Persistent headache attributed to mild traumatic injury to the head) 5.3 Acute headache attributed to whiplash 5.4 Persistent headache attributed to whiplash 5.5 Acute headache attributed to craniotomy 5.6 Persistent headache attributed to craniotomy



6	Headache attributed to cranial and/or cervical vascular disorder	<p>6.1 Headache attributed to cerebral ischaemic event (6.1.1 Headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction) 6.1.1.1 Acute headache attributed to ischaemic stroke (cerebral infarction) 6.1.1.2 Persistent headache attributed to past ischaemic stroke (cerebral infarction) 6.1.2 Headache attributed to transient ischaemic attack (TIA))</p> <p>6.2 Headache attributed to non-traumatic intracranial haemorrhage (6.2.1 Acute headache attributed to non-traumatic intracerebral haemorrhage 6.2.2 Acute headache attributed to non-traumatic subarachnoid haemorrhage (SAH) 6.2.3 Acute headache attributed to non-traumatic acute subdural haemorrhage (ASDH) 6.2.4 Persistent headache attributed to past non-traumatic intracranial haemorrhage 6.2.4.1 Persistent headache attributed to past non-traumatic intracerebral haemorrhage 6.2.4.2 Persistent headache attributed to past non-traumatic subarachnoid haemorrhage 6.2.4.3 Persistent headache attributed to past non-traumatic acute subdural haemorrhage)</p> <p>6.3 Headache attributed to unruptured vascular malformation (6.3.1 Headache attributed to unruptured saccular aneurysm 6.3.2 Headache attributed to arteriovenous malformation (AVM) 6.3.3 Headache attributed to dural arteriovenous fistula (DAVF) 6.3.4 Headache attributed to cavernous angioma 6.3.5 Headache attributed to encephalotrigeminal or leptomeningeal angiomatosis (Sturge Weber syndrome))</p> <p>6.4 Headache attributed to arteritis (6.4.1 Headache attributed to giant cell arteritis (GCA) 6.4.2 Headache attributed to primary angiitis of the central nervous system (PACNS) 6.4.3 Headache attributed to secondary angiitis of the central nervous system (SACNS))</p> <p>6.5 Headache attributed to cervical carotid or vertebral artery disorder (6.5.1 Headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery dissection 6.5.1.1 Acute headache or facial or neck pain attributed to cervical carotid or vertebral artery dissection 6.5.1.2 Persistent headache or facial or neck pain attributed to past cervical carotid or vertebral artery dissection 6.5.2 Post-endarterectomy headache 6.5.3 Headache attributed to carotid or vertebral angioplasty or stenting)</p> <p>6.6 Headache attributed to cranial venous disorder (6.6.1 Headache attributed to cerebral venous thrombosis (CVT) 6.6.2 Headache attributed to cranial venous sinus stenting)</p> <p>6.7 Headache attributed to other acute intracranial arterial disorder (6.7.1 Headache attributed to an intracranial endarterial procedure 6.7.2 Angiography headache 6.7.3 Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) 6.7.3.1 Acute headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) 6.7.3.2 Acute headache probably attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) 6.7.3.3 Persistent headache attributed to past reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) 6.7.4 Headache attributed to intracranial artery dissection)</p> <p>6.8 Headache and/or migraine-like aura attributed to chronic intracranial vasculopathy (6.8.1 Headache attributed to Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy (CADASIL) 6.8.2 Headache attributed to mitochondrial encephalopathy, lactic acidosis and stroke-like episodes (MELAS) 6.8.3 Headache attributed to Moyamoya angiopathy (MMA) 6.8.4 Migraine-like aura attributed to cerebral amyloid angiopathy (CAA) 6.8.5 Headache attributed to syndrome of retinal vasculopathy with cerebral leukoencephalopathy and systemic manifestations (RVCLSM) 6.8.6 Headache attributed to other chronic intracranial vasculopathy)</p> <p>6.9 Headache attributed to pituitary apoplexy</p>
7	Headache attributed to nonvascular intracranial disorder	<p>7.1 Headache attributed to increased cerebrospinal fluid (CSF) pressure (7.1.1 Headache attributed to idiopathic intracranial hypertension (IIH) 7.1.2 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to metabolic, toxic or hormonal cause 7.1.3 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to chromosomal disorder 7.1.4 Headache attributed to intracranial hypertension secondary to hydrocephalus)</p> <p>7.2 Headache attributed to low cerebrospinal fluid (CSF) pressure (7.2.1 Post-dural puncture headache 7.2.2 Cerebrospinal fluid (CSF) fistula headache 7.2.3 Headache attributed to spontaneous intracranial hypotension)</p> <p>7.3 Headache attributed to non-infectious inflammatory intracranial disease (7.3.1 Headache attributed to neurosarcoidosis 7.3.2 Headache attributed to aseptic (non-infectious) meningitis 7.3.3 Headache attributed to other non-infectious inflammatory intracranial disease 7.3.4 Headache attributed to lymphocytic hypophysitis 7.3.5 Syndrome of transient headache and neurological deficits with cerebrospinal fluid lymphocytosis (HaNDL))</p> <p>7.4 Headache attributed to intracranial neoplasia (7.4.1 Headache attributed to intracranial neoplasm 7.4.1.1 Headache attributed to colloid cyst of the third ventricle 7.4.2 Headache attributed to carcinomatous meningitis 7.4.3 Headache attributed to hypothalamic or pituitary hyper- or hyposecretion)</p> <p>7.5 Headache attributed to intrathecal injection</p> <p>7.6 Headache attributed to epileptic seizure (7.6.1 Ictal epileptic headache 7.6.2 Post-ictal headache)</p> <p>7.7 Headache attributed to Chiari malformation type I (CM1)</p> <p>7.8 Headache attributed to other non-vascular intracranial disorder</p>



8	Headache attributed to a substance or its withdrawal	<p>8.1 Headache attributed to use of or exposure to a substance (8.1.1 Nitric oxide (NO) donor-induced headache 8.1.1.1 Immediate NO donor-induced headache 8.1.1.2 Delayed NO donor-induced headache 8.1.2 Phosphodiesterase (PDE) inhibitor-induced headache 8.1.3 Carbon monoxide (CO)-induced headache 8.1.4 Alcohol-induced headache 8.1.4.1 Immediate alcohol-induced headache 8.1.4.2 Delayed alcohol-induced headache 8.1.5 Cocaine-induced headache 8.1.6 Histamine-induced headache 8.1.6.1 Immediate histamine-induced headache 8.1.6.2 Delayed histamine-induced headache 8.1.7 Calcitonin gene-related peptide (CGRP)-induced headache 8.1.7.1 Immediate CGRP-induced headache 8.1.7.2 Delayed CGRP-induced headache 8.1.8 Headache attributed to exogenous acute pressor agent 8.1.9 Headache attributed to occasional use of non-headache medication 8.1.10 Headache attributed to longterm use of non-headache medication 8.1.11 Headache attributed to use of or exposure to other substance)</p> <p>8.2 Medication-overuse headache (MOH) (8.2.1 Ergotamine-overuse headache 8.2.2 Triptan-overuse headache 8.2.3 Non-opioid analgesic-overuse headache 8.2.3.1 Paracetamol (acetaminophen)-overuse headache 8.2.3.2 Non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAID)-overuse headache 8.2.3.2.1 Acetylsalicylic acidoveruse headache 8.2.3.3 Other non-opioid analgesic-overuse headache 8.2.4 Opioid-overuse headache 8.2.5 Combination-analgesic-overuse headache 8.2.6 Medication-overuse headache attributed to multiple drug classes not individually overused 8.2.7 Medication-overuse headache attributed to unspecified or unverified overuse of multiple drug classes 8.2.8 Medication-overuse headache attributed to other medication)</p> <p>8.3 Headache attributed to substance withdrawal (8.3.1 Caffeine-withdrawal headache 8.3.2 Opioidwithdrawal headache 8.3.3 Oestrogen-withdrawal headache 8.3.4 Headache attributed to withdrawal from chronic use of other substance)</p>
9	Headache attributed to infection	<p>9.1 Headache attributed to intracranial infection (9.1.1 Headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis 9.1.1.1 Acute headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis 9.1.1.2 Chronic headache attributed to bacterial meningitis or meningoencephalitis 9.1.1.3 Persistent headache attributed to past bacterial meningitis or meningoencephalitis 9.1.2 Headache attributed to viral meningitis or encephalitis 9.1.2.1 Headache attributed to viral meningitis 9.1.2.2 Headache attributed to viral encephalitis 9.1.3 Headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection 9.1.3.1 Acute headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection 9.1.3.2 Chronic headache attributed to intracranial fungal or other parasitic infection 9.1.4 Headache attributed to localized brain infection)</p> <p>9.2 Headache attributed to systemic infection (9.2.1 Headache attributed to systemic bacterial infection 9.2.1.1 Acute headache attributed to systemic bacterial infection 9.2.1.2 Chronic headache attributed to systemic bacterial infection 9.2.2 Headache attributed to systemic viral infection 9.2.2.1 Acute headache attributed to systemic viral infection 9.2.2.2 Chronic headache attributed to systemic viral infection 9.2.3 Headache attributed to other systemic infection 9.2.3.1 Acute headache attributed to other systemic infection 9.2.3.2 Chronic headache attributed to other systemic infection)</p>
10	Headache attributed to disorder of homeostasis	<p>10.1 Headache attributed to hypoxia and/or hypercapnia (10.1.1 High-altitude headache 10.1.2 Headache attributed to aeroplane travel 10.1.3 Diving headache 10.1.4 Sleep apnoea headache)</p> <p>10.2 Dialysis headache</p> <p>10.3 Headache attributed to arterial hypertension (10.3.1 Headache attributed to pheochromocytoma 10.3.2 Headache attributed to hypertensive crisis without hypertensive encephalopathy 10.3.3 Headache attributed to hypertensive encephalopathy 10.3.4 Headache attributed to pre-eclampsia or eclampsia 10.3.5 Headache attributed to autonomic dysreflexia)</p> <p>10.4 Headache attributed to hypothyroidism</p> <p>10.5 Headache attributed to fasting</p> <p>10.6 Cardiac cephalgia</p> <p>10.7 Headache attributed to other disorder of homeostasis</p>
11	Headache or facial pain attributed to disorder of the cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure	<p>11.1 Headache attributed to disorder of cranial bone</p> <p>11.2 Headache attributed to disorder of the neck (11.2.1 Cervicogenic headache 11.2.2 Headache attributed to retropharyngeal tendonitis 11.2.3 Headache attributed to craniocervical dystonia)</p> <p>11.3 Headache attributed to disorder of the eyes (11.3.1 Headache attributed to acute angle-closure glaucoma 11.3.2 Headache attributed to refractive error 11.3.3 Headache attributed to ocular inflammatory disorder 11.3.4 Trochlear headache)</p> <p>11.4 Headache attributed to disorder of the ears</p> <p>11.5 Headache attributed to disorder of the nose or paranasal sinuses (11.5.1 Headache attributed to acute rhinosinusitis 11.5.2 Headache attributed to chronic or recurring rhinosinusitis)</p> <p>11.6 Headache attributed to disorder of the teeth</p> <p>11.7 Headache attributed to temporomandibular disorder (TMD)</p> <p>11.8 Head or facial pain attributed to inflammation of the stylohyoid ligament</p> <p>11.9 Headache or facial pain attributed to other disorder of cranium, neck, eyes, ears, nose, sinuses, teeth, mouth or other facial or cervical structure</p>
12	Headache attributed to psychiatric disorder	<p>12.1 Headache attributed to somatization disorder</p> <p>12.2 Headache attributed to psychotic disorder</p>



<p>13</p>	<p>Painful lesions of the cranial nerves and other facial pain</p>	<p>13.1 Pain attributed to a lesion or disease of the trigeminal nerve (13.1.1 Trigeminal neuralgia 13.1.1.1 Classical trigeminal neuralgia 13.1.1.1.1 Classical trigeminal neuralgia, purely paroxysmal 13.1.1.1.2 Classical trigeminal neuralgia with concomitant continuous pain 13.1.1.2 Secondary trigeminal neuralgia 13.1.1.2.1 Trigeminal neuralgia attributed to multiple sclerosis 13.1.1.2.2 Trigeminal neuralgia attributed to space-occupying lesion 13.1.1.2.3 Trigeminal neuralgia attributed to other cause 13.1.1.3 Idiopathic trigeminal neuralgia 13.1.1.3.1 Idiopathic trigeminal neuralgia, purely paroxysmal 13.1.1.3.2 Idiopathic trigeminal neuralgia with concomitant continuous pain 13.1.2 Painful trigeminal neuropathy 13.1.2.1 Painful trigeminal neuropathy attributed to herpes zoster 13.1.2.2 Trigeminal post-herpetic neuralgia 13.1.2.3 Painful post-traumatic trigeminal neuropathy 13.1.2.4 Painful trigeminal neuropathy attributed to other disorder 13.1.2.5 Idiopathic painful trigeminal neuropathy) 13.2 Pain attributed to a lesion or disease of the glossopharyngeal nerve (13.2.1 Glossopharyngeal neuralgia 13.2.1.1 Classical glossopharyngeal neuralgia 13.2.1.2 Secondary glossopharyngeal neuralgia 13.2.1.3 Idiopathic glossopharyngeal neuralgia 13.2.2 Painful glossopharyngeal neuropathy 13.2.2.1 Painful glossopharyngeal neuropathy attributed to a known cause 13.2.2.2 Idiopathic painful glossopharyngeal neuropathy 13.3 Pain attributed to a lesion or disease of nervus intermedius (13.3.1 Nervus intermedius neuralgia 13.3.1.1 Classical nervus intermedius neuralgia 13.3.1.2 Secondary nervus intermedius neuralgia 13.3.1.3 Idiopathic nervus intermedius neuralgia 13.3.2 Painful nervus intermedius neuropathy 13.3.2.1 Painful nervus intermedius neuropathy attributed to herpes zoster 13.3.2.2 Post-herpetic neuralgia of nervus intermedius 13.3.2.3 Painful nervus intermedius neuropathy attributed to other disorder 13.3.2.4 Idiopathic painful nervus intermedius neuropathy) 13.4 Occipital neuralgia 13.5 Neck-tongue syndrome 13.6 Painful optic neuritis 13.7 Headache attributed to ischaemic ocular motor nerve palsy 13.8 Tolosa–Hunt syndrome 13.9 Paratrigeminal oculosympathetic (Raeder’s) syndrome 13.10 Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy 13.11 Burning mouth syndrome (BMS) 13.12 Persistent idiopathic facial pain (PIFP) 13.13 Central neuropathic pain (13.13.1 Central neuropathic pain attributed to multiple sclerosis (MS) 13.13.2 Central post-stroke pain (CPSP))</p>
<p>14</p>	<p>Other headache disorders</p>	<p>14.1 Headache not elsewhere classified 14.2 Headache unspecified</p>



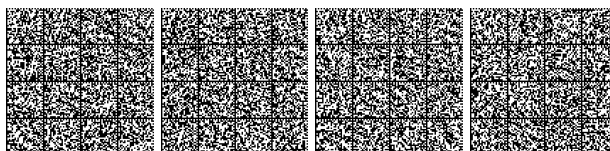
Scheda di progetto

SCHEDA DI PROGETTO				
1	Titolo del progetto per esteso			
2	Regione			
3	Durata complessiva del progetto	<i>Data inizio prevista</i>	<i>Data di chiusura</i>	<i>Data presentazione risultati</i>
			31 dicembre 2024	31 gennaio 2025
4	Risorse finanziarie occorrenti alla realizzazione del progetto	<i>Finanziamento</i>		<i>Importo</i>
		<i>Risorse assegnate per l'anno 2023</i>		
		<i>Risorse assegnate per l'anno 2024</i>		
		<i>Risorse aggiuntive regionali (eventuali)</i>		
5	Descrizione del contesto di riferimento e di esperienze esistenti a livello regionale			
6	Obiettivi del progetto			
7	Risultati attesi			
8	Punti di forza	<i>Indicare i punti di forza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per l'implementazione</i>	
9	Punti di debolezza	<i>Indicare i punti di debolezza</i>	<i>Indicare le strategie/azioni per la riduzione</i>	
10	Descrizione analitica del progetto	<i>Anno 2023</i>		
		<i>Anno 2024</i>		
11	Indicatori numerici sui risultati previsti			



Scheda dei risultati raggiunti

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI				
1	Titolo del progetto per esteso			
2	Regione			
3	Durata del progetto	<i>Data inizio del progetto</i>	<i>Data di chiusura</i>	<i>Data presentazione risultati</i>
			31 dicembre 2024	31 gennaio 2025
4	Risorse finanziarie occorrenti alla realizzazione del progetto	<i>Finanziamento ricevuto con</i>	<i>Riferimento</i>	<i>Importo</i>
		<i>Risorse vincolate anni 2023</i>	Intesa CSR del	
		<i>Risorse vincolate anni 2024</i>	Intesa CSR del	
		<i>Risorse aggiuntive regionali</i>	DGR n.	
5	Indicatori di risultato degli obiettivi regionali	<i>Obiettivi del progetto</i>	<i>Indicatori di risultato raggiunti</i>	
6	Sostenibilità del progetto	<i>Come proseguirà il progetto negli anni successivi e con quali finanziamenti</i>	<i>Motivi per i quali il progetto non proseguirà</i>	
7	Trasferibilità del progetto	<i>Tipo di realtà nella quale può essere trasferibile o replicabile il progetto</i>		
		<i>Parte del progetto che può essere trasferibile o replicabile in altre realtà</i>		
8	Criticità rilevate e soluzioni adottate			



**SCHEMA DI RIPARTO
DELLE RISORSE PER IL FINANZIAMENTO DEI PROGETTI REGIONALI
FINALIZZATI A SPERIMENTARE METODI INNOVATIVI DI PRESA IN CARICO
DELLE PERSONE AFFETTE DA CEFALEA PRIMARIA CRONICA**

(ai sensi della legge 14 luglio 2020, n. 81)

Finanziamento dei progetti

Le regioni interessate alla procedura di cui al presente decreto sono le medesime che accedono all'assegnazione delle quote del Fondo sanitario nazionale, di cui all'art. 39, comma 1, del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, tenendo conto della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico della Regione Sicilia.

Le risorse destinate ai progetti regionali finalizzati a sperimentare metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea primaria cronica, sono ripartite fra le regioni interessate come riportato nella sottostante tabella sulla base della popolazione residente ultima disponibile (1° gennaio 2022).

La seguente tabella di riparto, di 5 milioni di euro annui, stabilisce gli importi da erogare nell'anno 2023 e nell'anno 2024, medesimi per ciascun anno.

Le quote spettanti a ciascuna regione saranno erogate dal Ministero dell'economia e delle finanze subordinatamente all'approvazione del riparto del Fondo sanitario nazionale degli anni 2023 e 2024.

La mancata trasmissione, da parte delle regioni, dei progetti regionali con la relativa approvazione, o la mancata approvazione dei progetti presentati, o in caso di approvazione dei progetti regionali per un importo inferiore a quanto indicato nel seguente schema, o in caso di mancata presentazione della relazione finale sui risultati raggiunti con relativa approvazione, entro i termini definiti, comporterà il recupero delle somme erogate negli anni 2023 e 2024.

Tabella di riparto delle risorse per i progetti regionali

Codice regione	Regione	Popolazione residente al 1° gennaio 2022	Assegnazione lorda	Compartecipazione Regione Sicilia	Riparto compartecipazione	Quota assegnata anno 2023	Quota assegnata anno 2024
010	Piemonte	4.256.350	386.581		18.273	404.854	404.854
030	Lombardia	9.943.004	903.070		42.685	945.755	945.755
050	Veneto	4.847.745	440.295		20.811	461.106	461.106
070	Liguria	1.509.227	137.075		6.479	143.554	143.554
080	Emilia-Romagna	4.425.366	401.932		18.998	420.930	420.930
090	Toscana	3.663.191	332.708		15.726	348.434	348.434
100	Umbria	858.812	78.001		3.687	81.688	81.688
110	Marche	1.487.150	135.070		6.384	141.454	141.454
120	Lazio	5.714.882	519.052		24.534	543.586	543.586
130	Abruzzo	1.275.950	115.888		5.478	121.365	121.365
140	Molise	292.150	26.534		1.254	27.789	27.789
150	Campania	5.624.420	510.836		24.146	534.982	534.982
160	Puglia	3.922.941	356.300		16.841	373.141	373.141
170	Basilicata	541.168	49.151		2.323	51.475	51.475
180	Calabria	1.855.454	168.521		7.965	176.486	176.486
190	Sicilia	4.833.329	438.985	- 215.586		223.400	223.400
		55.051.139	5.000.000	- 215.586	215.586	5.000.000	5.000.000

La Regione Siciliana è tenuta ad integrare il finanziamento esposto con la propria quota di compartecipazione annua pari ad € 215.586

23A04100

