

Deliberazione della Giunta Regionale 12 maggio 2014, n. 17-7578

Art.1 c. 34 e 34 bis L. 23/12/96 n. 662 e s.m.i.. Utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2013. Approvazione delle schede di progetto relative all'anno 2013 e rendicontazione dei progetti presentati per l'anno 2012.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Visto l'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuisce alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano la facoltà di sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

visto l'art. 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale tra l'altro prevede che il CIPE, su proposta del Ministero della Sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34bis, di specifici progetti;

visto l'art. 1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1/quater dell'art. 79 del D.L. 25 giugno 2008, n. 112 - convertito nella legge 6 agosto 2008 n. 133 - , che ha introdotto, a partire dall'anno 2009, un nuovo criterio di assegnazione delle risorse alle Regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale provvedendo ad erogare a ciascuna regione a titolo di acconto il 70% dell'importo complessivo annuo spettante, mentre l'erogazione del restante 30% è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, su proposta del Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle Regioni comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente;

preso atto che il finanziamento dei suddetti obiettivi viene assicurato mediante l'utilizzo dei fondi finalizzati dalla citata Legge n. 662/1996 che per il 2013 sono stati quantificati in €1.410.033.253,00= e che per la Regione Piemonte la somma disponibile spettante ammonta ad € 116.352.969,00= così come sancito in sede di accordo, rep. 13/CSR del 20 febbraio 2014 e di intesa, rep. 27/CSR del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, comprensiva della quota di compartecipazione della Regione Sicilia ripartita proporzionalmente in favore di ciascuna regione secondo quanto indicato nella nota del Ministero della Salute in data 28 marzo 2014.

Considerato che:

- non essendo ancora stato approvato il Piano Sanitario Nazionale 2009-2011 occorre fare riferimento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendano conseguibili - nel rispetto dell'accordo del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art.1, comma 173, della

legge 30 dicembre 2004 n. 311 e nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica - per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale;

rilevato che per l'anno 2013 le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale sono quelle individuate nell'Accordo sopraccitato, rep. 13/CSR del 20 febbraio 2014, con ulteriori indirizzi e vincoli sulle risorse e risultano essere le seguenti:

- 1) Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Farmacia dei servizi
- 2) Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche
- 3) Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'accordo Stato Regioni del 10/2/2011
- 4) Assistenza ai pazienti in condizione di Stato Vegetativo e Stato minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all'Accordo Stato regioni del 5/5/2011)
- 5) Assistenza agli anziani in condizione di fragilità e di non autosufficienza
- 6) Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità
- 7) Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
- 8) Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
- 9) Interventi per l'implementazione della Rete nazionale malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari
- 10) Tutela della maternità, percorso nascita, partoanalgesia. Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi
- 11) Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali
- 12) Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattia croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosis infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)
- 13) Implementazione della nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV
- 14) Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile
- 15) Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di rete assistenziali
- 16) Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni - Risk management
- 17) Implementazione del Codice Etico nelle aziende sanitarie
- 18) Piano nazionale della prevenzione
- 19) Superamento OPG e salute mentale
- 20) Sicurezza nei luoghi di lavoro

preso atto che la Programmazione Sanitaria regionale, conformemente alle vigenti norme in materia sanitaria e agli accordi nazionali, si è sviluppata in piena assonanza con quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale ed agli specifici obiettivi del medesimo;

atteso che la progettualità regionale, che ne è scaturita, risulta specificata nella seguente tabella ed evidenziata nelle schede allegate, parti sostanziali ed integranti del presente atto deliberativo, troverà attuazione nel corso di validità del Piano Sanitario Nazionale:

Linea progettuale	Titolo progetti
1	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria
1	La farmacia di servizi e il suo orientamento a obiettivi di comunità
1	Il pronto soccorso e la farmacia di comunità: la presa in carico del paziente fragile
2	Implementazione della rete di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer e altre demenze
2	PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)
2	PDTA delle malattie infiammatorie croniche intestinali IBD
3	Rete regionale delle strutture che svolgono attività di riabilitazione di cui alla D.G.R. N. 10-5605 del 2/04/2007, D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e s.m.i., D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011, D.G.R. n.12-1665 del 7/03/2011 e D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 : sviluppo di un modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete
3	Sviluppo in ambito riabilitativo di un modello assistenziale alternativo al ricovero (PAC)
4	Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase della cronicità
5	Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore di anziani non autosufficienti
6	Strumenti per il monitoraggio della variabilità nella salute: gli indicatori di salute
6	Valutazione delle variazioni del profilo epidemiologico in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere
6	Strumenti per il monitoraggio della variabilità geografica e sociale nella salute: gli indicatori sociali
6	Creazione di una strategia nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute
6	Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della mortalità e della morbosità causa-specifica
6	Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della salute tra i gruppi vulnerabili
7	Programma regionale di Cure Palliative
7	Programma regionale di Terapia del Dolore
8	Sviluppo e Tutela del benessere e della salute organizzativa
8	Scuola di Umanizzazione della Medicina
8	Riabilitazione cognitiva assistita al computer e on-line al domicilio del malato
9	Promozione di rete nazionale per i tumori rari
9	Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - Estensione delle attività consortili alla Regione Valle d'Aosta estensione di nuovi PDTA e di corsi per gli operatori
10	L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio
11	Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali

12	Sviluppo e applicazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per i pazienti affetti da Cistite Intersiziale e della Bladder Pain syndrome
13	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV
14	Applicazione delle linee-guida diagnostiche terapeutiche sui tumori dell'apparato genitale maschile (in particolare sul carcinoma della prostata)
15	Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR, per le seguenti patologie
16	Programma regionale Sicurezza e Rischio Clinico
17	Carta Etica nelle Aziende Sanitarie Regionali
18	Piano regionale di prevenzione 2013
19	Potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale per incrementare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti in carico e delle persone che vengono prese in carico per il percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle Case di Cura e Custodia (CCC)
20	Sicurezza nei luoghi di lavoro

preso atto che sono stati confermati gli indirizzi ed i vincoli di risorse indicati nell'accordo del 20 febbraio 2014 sopra citato;

atteso che, come richiesto in sede di accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, l'erogazione del restante 30% delle risorse assegnate è subordinata anche alla presentazione di relazioni illustrative sui risultati raggiunti dai progetti presentati per l'anno 2012, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 35-5664 del 16 aprile 2013 allegate alla presente deliberazione di cui ne sono parte integrante;

preso atto che la presente deliberazione riveste carattere di urgenza in quanto il Ministero della Salute ha fissato i termini per la presentazione dei progetti obiettivo per l'anno 2013 e che la mancata presentazione ed approvazione dei progetti medesimi, comporterebbe, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione residua del 30% ed il recupero dell'anticipazione del 70% già erogata;

tutto ciò premesso;

visto il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 approvato con D.P.R. 7 aprile 2006;
vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 35-5664 del 16 aprile 2013;

visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. 13/CSR del 20 febbraio 2014;

vista l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. 27/CSR del 20 febbraio 2014;

vista la nota del Ministero della Salute in data 28 marzo 2014;

a voti unanimi espressi nelle forme di legge la Giunta Regionale,

delibera

▪ di approvare i progetti relativi alle linee progettuali di cui all'accordo – rep. 13/CSR – del 20 febbraio 2014 e dell'intesa – rep. 27/CSR – del 20 febbraio 2014 come di seguito elencati e come meglio evidenziati nelle Schede di cui all'allegato A) parte integrante e sostanziale della presente deliberazione:

Linea progettuale	Titolo progetti
1	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria
1	La farmacia di servizi e il suo orientamento a obiettivi di comunità
1	Il pronto soccorso e la farmacia di comunità: la presa in carico del paziente fragile
2	Implementazione della rete di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer e altre demenze
2	PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)
2	PDTA delle malattie infiammatorie croniche intestinali IBD
3	Rete regionale delle strutture che svolgono attività di riabilitazione di cui alla D.G.R. N. 10-5605 del 2/04/2007, D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e s.m.i., D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011, D.G.R. n.12-1665 del 7/03/2011 e D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 : sviluppo di un modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete
3	Sviluppo in ambito riabilitativo di un modello assistenziale alternativo al ricovero (PAC)
4	Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase della cronicità
5	Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore di anziani non autosufficienti
6	Strumenti per il monitoraggio della variabilità nella salute: gli indicatori di salute
6	Valutazione delle variazioni del profilo epidemiologico in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere
6	Strumenti per il monitoraggio della variabilità geografica e sociale nella salute: gli indicatori sociali
6	Creazione di una strategia nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute
6	Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della mortalità e della morbosità causa-specifica
6	Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della salute tra i gruppi vulnerabili
7	Programma regionale di Cure Palliative
7	Programma regionale di Terapia del Dolore
8	Sviluppo e Tutela del benessere e della salute organizzativa
8	Scuola di Umanizzazione della Medicina
8	Riabilitazione cognitiva assistita al computer e on-line al domicilio del malato
9	Promozione di rete nazionale per i tumori rari
9	Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - Estensione delle attività consortili alla Regione Valle d'Aosta estensione di nuovi PDTA e di corsi per gli operatori
10	L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio

11	Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali
12	Sviluppo e applicazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per i pazienti affetti da Cistite Intersiziale e della Bladder Pain syndrome
13	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV
14	Applicazione delle linee-guida diagnostiche terapeutiche sui tumori dell'apparato genitale maschile (in particolare sul carcinoma della prostata)
15	Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR, per le seguenti patologie
16	Programma regionale Sicurezza e Rischio Clinico
17	Carta Etica nelle Aziende Sanitarie Regionali
18	Piano regionale di prevenzione 2013
19	Potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale per incrementare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti in carico e delle persone che vengono prese in carico per il percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle Case di Cura e Custodia (CCC)
20	Sicurezza nei luoghi di lavoro

- di confermare per i progetti dell'anno 2013 gli indirizzi ed i vincoli di risorse indicati;
- di approvare la tabella "Progetti Obiettivi anno 2013, art. 1 comma 34 L. 662/96" con le relative ripartizioni del finanziamento per linea progettuale, di cui all'allegato B), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di riservarsi l'eventuale rimodulazione delle percentuali delle risorse assegnate mediante l'adozione di opportuna deliberazione;
- di approvare le relazioni illustrative sui risultati raggiunti dai progetti presentati per l'anno 2012 di cui all'allegato C), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ALLEGATO A



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 1

Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referenti Progetto:

dott.ssa Elisabetta Siletto - dott. Francesco Perotto

email:

Elisabetta.siletto@regione.piemonte.it

Francesco.perotto@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 1: € 20.629.473,00

Durata del progetto: pluriennale

Spese stimate anno 2013:

Spesa totale stimata per i CAP: € 4.500.000

Spesa totale sostenuta per forme organizzative ed associative della medicina generale (equipe territoriali, associazioni semplici, ex gruppi di cure primarie) riconvertibili nelle nuove forme organizzative previste nel progetto (AFT e team multiprofessionali) : € 15.623.153

Spesa totale sostenuta per PDTA pazienti cronici: € 6.224.184 per programma di gestione integrata del diabete

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 7.680.473,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto si colloca nell'ambito nel seguente contesto normativo nazionale e regionale:

- L. n. 189 dell' 8.9.2012, art. 1;
- Accordo Stato-Regioni del 7.2.2013 avente ad oggetto "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale";
- Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 29.7.2009;
- L. n. 135 del 7.8.2012, art.15;
- L.R. n. 167-14087 del 3.4.2012 (P.S.S.R. 2012-2015) ;
- D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012, linee guida per la sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria (di seguito: CAP), in attuazione dell'Addendum al Piano regionale di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i.;
- D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 di approvazione dei Programmi Operativi 2013-2015, con specifico riferimento al Programma 14, Intervento 14.3-Assistenza primaria

Il progetto, il cui sviluppo si estende nel triennio di attuazione del suddetto Programma Operativo regionale, è posto in essere attraverso la valorizzazione e il consolidamento:

- del ruolo del distretto sanitario, quale articolazione aziendale per il governo della domanda a fronte del bisogno espresso dal territorio e garante dell'unitarietà gestionale dei servizi sanitari in ciascun ambito territoriale dell'ASL;
- del ruolo del sistema delle cure primarie, destinato a garantire la continuità delle cure attraverso la presenza capillare sul territorio distrettuale, il rapporto diretto con la popolazione e la funzione di filtro, integrazione e coordinamento rispetto alla risposta specialistica ed ospedaliera.

Il progetto si articola attraverso le seguenti azioni:

1.a Sviluppo della sperimentazione regionale dei CAP.

La sperimentazione, da svilupparsi in coerenza con i ruoli sopra richiamati, si inserisce nel processo generale di riorganizzazione della rete ospedaliera, mirando a dotare il sistema sanitario regionale di strutture territoriali più idonee per la presa in carico e per la risposta continuativa, nell'arco dell'intera giornata, alle situazioni a bassa complessità clinico-assistenziale ed in genere alle cronicità, attivando ogni possibile collegamento con gli specialisti delle strutture di emergenza (D.E.A. e Pronto soccorso).

In termini operativi il CAP si configura sostanzialmente come:

- una delle **porte d'accesso nel sistema delle cure primarie**, garantendone una maggiore accessibilità nell'arco della giornata ed erogando, in caso di necessità, una risposta clinica agli assistiti negli orari diversi da quelli dell'ambulatorio del proprio medico di famiglia;
- **struttura complementare** e non sostitutiva dell'ordinaria attività ambulatoriale dei medici di famiglia: rappresenta cioè il centro di supporto per i MMG/PDLS e per le relative forme associative nell'esercizio delle loro funzioni ordinarie, svolte nell'ambito dei propri ambulatori;
- un ambito fisico-operativo, prevalentemente destinato alla **risposta alle cronicità**, in cui ASL/distretto, medici e specialisti del territorio e dell'ospedale, con il supporto di personale

dedicato dell'area infermieristica, tecnico-sanitaria e amministrativa, nonché di diagnostica di base, operano insieme per assicurare all'utente un percorso organizzato di accompagnamento nell'ambito della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari per rispondere in modo completo e coordinato ai suoi bisogni di salute.

Il CAP realizza pertanto l'aggregazione di professionisti del sistema sanitario che erogano prestazioni di assistenza primaria nell'arco delle 24 ore. Tramite il CAP, le cure primarie vengono garantite attraverso il coordinamento fra le attività mediche (MMG/PDLS) e specialistiche e la continuità assistenziale (ex guardia medica), le quali si interfacciano con la rete dell'emergenza/urgenza attraverso protocolli condivisi, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione del fascicolo sanitario del paziente.

Attraverso il CAP si intende quindi rendere concreto il principio della gestione collaborativa e coordinata del paziente sul territorio, con priorità rispetto alle patologie croniche che oggi rappresentano il 40% della popolazione che assorbe il 70% delle risorse sanitarie.

Occorre sottolineare che nel CAP non vengono svolte attività di emergenza ed urgenza: operando nell'area delle cure primarie, il CAP è invece destinato ad intercettare quelle situazioni che presentano problematiche risolvibili in forma più appropriata a livello ambulatoriale tramite la rete dell'assistenza primaria coordinata con la rete specialistica aziendale.

Il CAP opera pertanto nell'ambito di una piattaforma informatica aziendale in cui i dati relativi ai percorsi clinico-assistenziali dei pazienti del SSR sono condivisi, in un ambiente comune, fra tutti i soggetti competenti e coinvolti nella risposta erogata a livello ospedaliero, distrettuale e MMG/PDLS.

Il progetto si sviluppa, nell'anno 2013 e primo semestre 2014, attraverso l'attivazione di sette progetti proposti dalle ASL nell'ambito del piano di riconversione delle seguenti strutture ospedaliere:

- P.O. di Arona (ASL Novara) - progetto attivato il 15.12.2012;
- PP.OO. di Avigliana e di Venaria Reale (ASL TO3);
- P.O. di Fossano (ASL Cuneo 1);
- P.O. di Castellamonte (ASL TO4);
- P.O. di Valenza (ASL Alessandria),
nonchè del presidio sanitario polifunzionale di Santhia (ASL Vercelli).

1.b Avvio sperimentale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali della Medicina Generale (AFT).

Il progetto prevede l'integrazione della rete aziendale CAP con l'avvio delle AFT sul territorio distrettuale, in attuazione del P.S.S.R. 2013-2015, punto 5.2.4 e contestualmente all'aggiornamento del vigente A.I.R., ad avvenuto adeguamento dell'A.C.N. per la medicina convenzionata, al fine di porre in sinergia, attraverso le reti telematiche, le varie componenti della Medicina Generale e cioè l'Assistenza primaria, la Continuità Assistenziale, l'Emergenza Sanitaria Territoriale, realizzando di fatto unicità di ruoli e continuità delle cure nell'arco dell'intera giornata 24.

L'AFT, ai sensi dell'art 26 bis del vigente ACN e dell'art. 1 della L. 189/2012, è un raggruppamento funzionale e monoprofessionale di Medici di Medicina Generale che risponde agli obiettivi di garanzia assistenziale che la Sanità regionale e i medici stessi condividono da sempre, rappresentando la cornice nella quale sviluppare un nuovo modello di "continuità dell'assistenza". Nell'ambito della AFT sarà possibile realizzare alcuni elementi innovativi, funzionali alla riorganizzazione territoriale e alla crescita del ruolo professionale della Medicina Generale: infatti l'AFT, pur nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico/paziente, sostituirà in prospettiva l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.

Attraverso la AFT si intende implementare sull'intero territorio regionale, in forma coordinata ed integrata con la rete aziendale CAP, le seguenti importanti funzioni:

- la presa in carico dei bisogni di salute nell'intero arco della giornata,
- la condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) in un'ottica di razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, (1)
- l'audit professionale tra professionisti per la correzione della variabilità dei comportamenti ed il superamento dell'autoreferenzialità nell'erogazione delle risposte cliniche.

Il progetto regionale per l'avvio delle AFT si sviluppa, analogamente alla sperimentazione dei CAP, attraverso l'elaborazione di progetti ASL –su proposta dei Comitati per la Medicina Generale di cui all'art 23 A.C.N - da attuarsi in ambito distrettuale mediante la riconversione di altre forme organizzative/associative già esistenti, monitorandone i risultati conseguiti a fronte degli obiettivi da raggiungere.

La progettazione aziendale relativa alle AFT deve attenersi ai seguenti criteri:

- aggregare funzionalmente i MMG con criteri flessibili in relazione all' eventuale dispersione geografica dei pazienti: in media 15 – 20 medici di Assistenza Primaria (15.000 – 25.000 pazienti);
- assicurare le ore di C.A.(ex Guardia Medica) necessarie a garantire i turni di continuità notturni, prefestivi e festivi per i cittadini di ciascuna AFT: una "postazione" di Continuità Assistenziale che è composta da Medici di C.A. in numero adeguato se operanti a tempo pieno o da un numero minore se alcuni turni sono svolti da MMG a doppio rapporto di lavoro (orario e a ciclo di fiducia);
- garantire l'integrazione con il sistema di emergenza territoriale;
- promuovere i percorsi di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità; (1)
- promuovere azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- sviluppare una rete di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti;
- partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- promuovere ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con e il Dipartimento di Prevenzione, contribuendo alla creazione di i condizioni e contesti favorevoli ad attuare corretti stili di vita.

Tutti i medici della AFT dovranno condividere una rete telematica di AFT che è primariamente "clinica orizzontale" ma che potrà tuttavia costituire la base per la produzione di dati epidemiologici e di attività, anonimi ed aggregati, a supporto della valutazione e programmazione delle attività della AFT stessa.

Il coordinamento delle attività deve essere affidato ad un MMG che lo svolge rimanendo MMG a ciclo di fiducia e/o a quota oraria .

1.c Formazione dei Team multi professionali per la realizzazione della medicina di iniziativa e la gestione della cronicità e della fragilità.

Il progetto prevede infine l'integrazione della rete aziendale CAP e della rete distrettuale AFT con la realizzazione, sempre in ambito distrettuale, di Team multiprofessionali finalizzati alla gestione della cronicità e della fragilità in un'ottica di medicina di iniziativa (cd. "antenne" CAP distrettuali)

Anche in relazione e tali forme organizzative, il progetto regionale si sviluppa, analogamente alla sperimentazione dei CAP, attraverso l'elaborazione di progetti ASL da attuare in ambito distrettuale, coerenti con le seguenti linee d'azione:

- individuazione dei PDTA da garantire e delle figure professionali coinvolte nel team per la loro erogazione; (1)
- formazione del team multiprofessionale definendo nell'ambito della AFT sottoinsiemi di MMG (es.8 – 10 MMG per 8.000 / 14.000 pazienti, in funzione della dispersione geografica) che devono essere affiancati da altri professionisti dell'area specialistica, infermieristica, tecnico sanitaria, ecc.;
- individuazione di una struttura/sede comune, dotata di adeguato personale di studio ed in grado di consentire l'erogazione multi professionale delle prestazioni previste nell'ambito di idonei spazi;
- dotazione di una strumentazione diagnostica di primo livello utilizzabile anche nella forma della telemedicina;
- articolazione, nell'intero arco della giornata, degli orari/turni di compresenza dei medici, infermieri e personale di studio nella sede del modulo.

2) Obiettivi

Le azioni regionali delineate nel presente progetto, in attuazione delle strategie di programmazione previste dalla riforma sanitaria in corso a livello regionale e nazionale, sono finalizzate a rimodulare la dimensione organizzativa e gestionale delle cure primarie onde poter garantire un'appropriatezza continuità delle cure dall'ospedale al territorio e viceversa, spostando il baricentro della risposta sanitaria dalla cura della malattia alla presa in carico globale della persona nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali predefiniti, con particolare riferimento alle patologie croniche a maggior impatto sociale.

Pertanto il presente progetto è orientato all'obiettivo generale di promuovere una medicina di territorio sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, considerata la funzione centrale delle cure primarie quale primo ambito clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale.

In sostanza, una medicina di territorio che abbia la stessa "autorevolezza" dell'ospedale ed in cui il medico di famiglia, quale livello clinico più vicino al cittadino, diventa protagonista in una continuità assistenziale che deve tradursi in risposte sanitarie e socio-sanitarie non solo efficienti, efficaci e appropriate ma anche e soprattutto complete, coordinate ed integrate fra medicina di base e medicina specialistica.

I cardini su cui si fonda il progetto sono:

- governo dell'area delle cure primarie, fondato sulla distinzione tra:
 - la funzione di coordinamento organizzativo-gestionale e di ottimizzazione dei percorsi di cura, di competenza dell'ASL e del distretto sanitario;
 - la funzione di coordinamento clinico delle cure e dei percorsi, di competenza della medicina generale;
- progressivo superamento del modello di lavoro "solista" nella direzione di un modello di lavoro in team, nell'ambito delle nuove forme organizzative della medicina generale contrattualmente previste e disciplinate, nell'ottica di una più stretta complementarietà con le strutture ospedaliere, con i distretti e con le organizzazioni socio-assistenziali;
- riequilibrio fra la "sanità d'attesa", improntata prioritariamente sulla cura della malattia acuta e la "sanità d'iniziativa", improntata invece sulla gestione della malattia in modo tale da rallentarne il decorso garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, attraverso la valorizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti.

Obiettivo qualitativo

Perseguire un modello di sanità territoriale *proattiva*, capace di andare incontro ai bisogni di salute del cittadino, intercettandone la domanda a bassa intensità, non solo per curare in modo appropriato ma anche per *prevenire* e per governare i processi di gestione della cronicità e della fragilità.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario:

- offrire risposte più articolate sul territorio ai nuovi bisogni di una popolazione che invecchia sempre di più attraverso la progressiva espansione delle forme di medicina associata e la riduzione di quella individuale;
- sviluppare una nuova medicina di iniziativa idonea alla prevenzione delle complicanze delle grandi patologie croniche diffuse nel territorio;
- garantire l'erogazione di prestazioni di primo livello a complessità medio bassa per un arco temporale h24;
- organizzare un ambito di coordinamento fra la rete dei servizi ospedalieri e quelli territoriali di cure primarie ai fini della presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, dall'ospedale al territorio e viceversa, in un processo che vede coinvolti:
 - il MMG che, svolgendo un ruolo di tutela e cura nei confronti dei suoi pazienti, ha la più ampia conoscenza del loro quadro clinico e socio-sanitario;
 - le strutture di ricovero ospedaliero, pubbliche e private accreditate e le strutture specialistiche ambulatoriali;
 - le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare e riabilitativa;
 - le strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale;
- disporre di una piattaforma informatica del SSR in cui i dati relativi ai percorsi clinico-assistenziali dei pazienti possano essere condivisi in un ambiente comune, a garanzia della continuità delle cure, fra tutti i soggetti competenti e coinvolti nella risposta erogata a livello ospedaliero (inclusa la rete dell'emergenza/urgenza), distrettuale e MMG/PDLS.

Obiettivo quantitativo

Rendere "visibile" la medicina di territorio con sedi strutturali per il lavoro in gruppi monoprofessionali e multiprofessionali, in modo da disporre di una risposta sanitaria di primo livello **capillarmente articolata e diffusa sul territorio** per gestire la cronicità, la fragilità e la domiciliarità.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario:

- sviluppare, monitorandone l'andamento e i risultati conseguiti, la sperimentazione regionale dei CAP avviata con D.G.R. n. 26-2627/2012 e successive determinazioni regionali di attuazione, realizzandone la diffusione e la configurazione come precedentemente descritte al punto 1.a);
- avviare il percorso di rimodulazione e di riqualificazione delle attuali forme organizzative/associative della medicina di famiglia verso le nuove forme aggregative contrattualmente previste e disciplinate, strettamente complementari rispetto alle strutture distrettuali ed ospedaliere del SSR, salvaguardando il rapporto fiduciario personale

medico/paziente ed offrendo nel contempo una forte integrazione professionale dei servizi, nonché facilitazioni nei PDTA ai fini di una completa e globale presa in carico del cittadino per i suoi problemi contingenti e cronici.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

I termini per lo sviluppo della sperimentazione CAP sono quelli stabiliti nel cronoprogramma contenuto nei Programmi Operativi regionali 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 14, Azione 14.3.2, come di seguito indicati:

Anno 2013: sviluppo della fase sperimentale, con l'attivazione dell'80% dei progetti CAP ammessi alla sperimentazione;

Anno 2014:

- o monitoraggio semestrale della funzionalità del CAP e completamento della fase sperimentale con l'attivazione dei restanti progetti CAP ammessi alla sperimentazione;
- o ricognizione da parte delle ASL delle strutture territoriali/poliambulatoriali di idonee dimensioni esistenti sui rispettivi territori e riconvertibili o riorganizzabili in CAP nell'ambito del processo di riordino della rete territoriale

Anno 2015: completamento della rete dei CAP con realizzazione di almeno un Centro in ciascuna ASL.

Contestualmente allo sviluppo e al consolidamento della sperimentazione regionale dei CAP si prevede, come da cronoprogramma definito nei sopra citati Programmi Operativi, Azione 14.3.1, il seguente percorso di rimodulazione delle forme di associazionismo della medicina convenzionata, il cui avvio e sviluppo è comunque necessariamente collegato all'aggiornamento degli Accordi Integrativi Regionali, ad avvenuta approvazione dei nuovi A.C.N., come previsti dall'art. 1 della L. n. 189/2012::

Anno 2014: definizione della disciplina regionale relativa alle nuove forme organizzative delle cure primarie.

Anno 2015: sviluppo del modello organizzativo delle cure primarie fondato sul CAP aziendale e sulla rete distrettuale AFT e team multiprofessionali, in via sperimentale in almeno tre ASL.

4) Costi connessi

€ 4.500.000: costo totale 2013 attivazione e funzionamento n. 6 CAP ;

€ 15.623.153: costi totali sostenuti anno 2013 per forme organizzative della medicina generale (equipe territoriali, associazioni semplici, ex gruppi di cure primarie) riconvertibili nelle nuove forme aggregative previste nel progetto (AFT e team multiprofessionali);

€ 8.197.236: costi per PDTA pazienti cronici (rif. anno 2012) di cui:

- € 6.224.184 per programma di gestione integrata del diabete;
- € 1.973.052 per altri percorsi destinati a pazienti cronici.

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Ai fini del monitoraggio circa l'andamento della sperimentazione dei CAP e della valutazione dei risultati raggiunti, con D.D. n. 406 del 14.6.2012 sono stati previsti alcuni criteri per analizzare:

- a) l'attività del CAP nel percorso sperimentale, con l'obiettivo di verificarne la capacità di proporre un'offerta articolata di servizi in grado di intercettare e di rispondere in particolar modo alle crescenti esigenze clinico-assistenziali dei pazienti affetti da patologie croniche;

- b) la capacità del territorio sede di CAP di ridurre progressivamente il numero di prestazioni assistenziali realizzate nel setting ospedaliero ma che più appropriatamente potrebbero essere erogate a livello territoriale.

Gruppo a)

L'attività del CAP viene analizzata attraverso i dati relativi:

- agli accessi medi suddivisi per classi di età e provenienza territoriale;
- al tipo di prestazioni erogate presso gli ambulatori medici e pediatrici;
- al tipo di prestazioni erogate presso gli ambulatori infermieristici;
- ai problemi clinici trattati;
- agli esiti dell'accesso.

La rilevazione avviene, nel rispetto della normativa vigente in materia di dati sensibili, con l'obiettivo di valutare se l'attività del CAP è più orientata verso la gestione delle cronicità, come da linee guida di cui alla D.G.R. n. 26-3627/2012, oppure sulla risposta a fatti acuti intercorrenti.

Gruppo b)

L'analisi del cambiamento intervenuto nella risposta erogata dal SSR nei territori sede di sperimentazione CAP viene condotta, attraverso il confronto fra il consumo di risorse del SSR riferito a periodi diversi, con riferimento:

1. al consumo di prestazioni sanitarie a livello ospedaliero da parte dei pazienti che sono stati seguiti in ambito CAP;
2. al raffronto con una popolazione più ampia, individuata nel totale degli assistiti del Distretto/ASL sede di CAP (per evidenziare la diversità di presa in carico dei pazienti seguiti dal CAP rispetto a tutti gli altri).

Le suddette analisi vengono condotte a livello regionale e aziendale, con riferimento alle rilevazioni ministeriali effettuate nell'ambito del monitoraggio dei L.E.A. e con i criteri di misurazione già in uso a livello nazionale.

Ai fini del monitoraggio circa l'andamento della sperimentazione delle nuove forme organizzative delle cure primarie, si individua il seguente primo set di indicatori, da implementare sulla base della disciplina che verrà definita in ambito contrattuale:

1. Numero di nuove forme aggregative della Medicina Generale autorizzate
2. Numero di medici di medicina generale coinvolti nella sperimentazione di ciascun PDTA
3. Numero di pazienti coinvolti e trattati secondo le modalità previste in ciascun PDTA

Note

(1) PDTA condivisi per la gestione del paziente cronico, nei vari stadi della patologia.

- Scompenso cardiocircolatorio
- Rischio cardiovascolare
- BPCO
- Gestione Integrata del Diabete
- Obesità



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 1

Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi

~~Linea progettuale 1~~

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore: Farmaceutico ospedaliero e territoriale
Corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino
Referenti Progetto: Cristiana Pellegri
email: cristiana.pellegri@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

La farmacia di servizi e il suo orientamento a obiettivi di comunità

- Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 1: € 20.629.473,00
- Durata del progetto: pluriennale
- Spese stimate anno 2013: € 8.610.000, 00
- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 8.610.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto intende consolidare la gestione delle attività previste dal Dlgs. 153/09 per la farmacia dei servizi ed arricchirla sperimentando e realizzando un nuovo modello di Farmacia di Comunità che attraverso alcuni gesti professionali del farmacista - tra cui il monitoraggio dell'assunzione dei medicinali, le corrette informazioni sanitarie, la gestione professionale dell'autoanalisi, le prestazioni tipo CUP, ritiro referti ed ADI - frutto di linee guida codificate e certificate prende in carico l'utente ed il paziente integrando il mero atto della dispensazione del medicinale. L'obiettivo principale è far sì che la Farmacia di Comunità diventi per il cittadino sia un punto di accesso al Servizio Sanitario Nazionale sia un efficace strumento di prevenzione e di adeguamento della aderenza alle cure. I risultati attesi sono da un lato la riduzione del ricorso improprio all'ospedale

con impatto positivo sulla spesa sanitaria pubblica e sulla salute e dall'altro il miglioramento dello stile di vita dei cittadini coinvolti.

Sotto la condizione di migliorare la prognosi, è evidente il ruolo degli screening nell'individuare precocemente patologie croniche e nel ritardare così l'applicazione di cure costose; analogamente, autorevoli studi internazionali attribuiscono alla mancata aderenza alla terapia forti responsabilità nella riduzione dell'efficacia della terapia farmacologica e quindi nell'aumento dei costi dell'assistenza.

Il recente sviluppo nella legislazione inerente alla Farmacia pone la necessità di offrire un aggiornamento adeguato ai farmacisti, in particolare in merito ad aspetti sanitari su cui il "farmacista di comunità" potrebbe essere un valido supporto dell'attività dei medici di medicina generale e dei medici specialisti, quali la possibilità di intercettare utenti a rischio di sviluppare patologie croniche e quella di migliorare l'aderenza terapeutica di pazienti conclamati.

Sotto questo profilo, quindi, la parte di Farmacia di Comunità del progetto comprende quattro patologie croniche, su cui concentrare interventi relativi allo screening e all'aderenza: il diabete, lo scompenso cardiaco, le dislipidemie e la BPCO. Per ciascuna patologia saranno messi a punto e applicati in farmacia due strumenti di contatto/indagine/*counselling* rivolti agli utenti: il primo rivolto alla popolazione sana a rischio e finalizzato all'individuazione precoce di fattori di rischio o di patologia non ancora diagnosticata, il secondo rivolto a pazienti conclamati e finalizzato alla valutazione dell'aderenza alla terapia.

Entrambi gli strumenti sono al servizio degli obiettivi già in carico alla medicina generale e ai modelli di gestione integrata in funzione nella Regione e ai sensi di quanto previsto dalla seconda linea progettuale degli Obiettivi 2013 delle risorse vincolate ex art 1 commi 34 e 34bis della legge 662/96 "Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche". Infatti gli strumenti di contatto/indagine/*counselling* integreranno le capacità di autogestione sia della prevenzione da parte della popolazione sana e/o malata sia delle prescrizioni mediche da parte del paziente, con l'obiettivo di indirizzare il cittadino al medico curante in tutti i casi necessari. Ulteriore obiettivo del progetto sarà elaborare strumenti per verificare l'accuratezza dell'invio del paziente al medico da parte del farmacista sia per ricalibrare le procedure operative sia per migliorare il risultato clinico del paziente.

2) Obiettivi

Obiettivi qualitativi

Obiettivo 1.

Realizzazione dell'attività di coordinamento e gestione delle seguenti prestazioni: CUP, ritiro referti, pagamento ticket sanitari, ADI – operatori socio sanitari, infermieri e fisioterapisti -.

Obiettivo 2.

Realizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale per tutti i farmacisti operanti nelle farmacie del Piemonte.

Obiettivo 3.

Realizzazione di strumenti di contatto, indagine e *counselling* inerenti alle quattro patologie, da somministrare in farmacia alla popolazione.

Obiettivi quantitativi

Obiettivo 4.

Stima della prevalenza dei fattori di rischio e della quota di patologia non diagnosticata nella popolazione "sana", per ciascuna delle patologie in studio.

Obiettivo 5.

Valutazione dell'efficacia sia dell'azione di monitoraggio del "farmacista di comunità", in termini di identificazione precoce di utenti a rischio e loro rinvio al medico curante e dei costi connessi, sia dell'azione di *counselling* nell'adozione di stili di vita corretti da parte dei suddetti utenti.

Obiettivo 6

Valutazione dell'efficacia sia dell'azione di monitoraggio del "farmacista di comunità", in termini di identificazione di pazienti non aderenti alla terapia e dei costi connessi, sia delle attività effettuate rivolte a migliorare l'aderenza alla specifica patologia.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Obiettivo 1.

L'operatività sarà garantita entro due mesi dal momento in cui i programmi saranno accessibili alle farmacie.

Le quattro patologie saranno affrontate in sequenza. Per ciascuna patologia, si prevede il raggiungimento degli obiettivi secondo il seguente cronogramma:

Obiettivo 2.

La formazione sarà completata entro i primi 6 mesi dall'inizio del progetto (ovvero dalla conclusione della fase relativa alla patologia precedente);

Obiettivo 3.

Contestualmente alla formazione, saranno realizzati gli strumenti di rilevazione e di verifica dell'accuratezza dell'invio del paziente al medico;

Obiettivo 4.

Dalla fine della formazione partiranno 6 mesi di rilevazione, a cui seguiranno 2 mesi per l'analisi dei dati;

Obiettivi 5 e 6.

La valutazione di efficacia si basa sull'utilizzo dei sistemi informativi sanitari, quindi i tempi per la sua conclusione dipendono dai tempi con cui tali archivi saranno resi disponibili; si ritiene che l'obiettivo possa essere raggiunto entro i primi 6 mesi successivi all'anno di riferimento degli archivi.

4) Costi connessi

Azioni	€	Numerosità	Totale
Questionario prevenzione	€ 5,00	400.000	€ 2.000.000,00
Presa in carico paziente non aderente	€ 40,00	80.000	€ 3.200.000,00
Elaborazione dati epidemiologici	€ 50.000,00		€ 50.000,00
Elaborazione dati farmaeconomici	€ 50.000,00		€ 50.000,00
Programma informatico	€ 50.000,00		€ 50.000,00

Corsi aggiornamento costo giornata/farmacista	€ 340,00	4.000	€ 1.360.000,00
--	----------	-------	----------------

Adesione al progetto farmacie rurali sussidiate	€ 2.500,00	400	€ 1.000.000,00
Altre farmacie	€ 1.500,00	600	€ 900.000,00
Totale per anno			€ 8.610.000,00

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Obiettivo 1.

Numero di farmacie coinvolte nell'erogazione delle prestazioni e numero di prestazioni effettuate;

Obiettivo 2.

Numero di farmacie e di farmacisti coinvolti nella formazione;

Obiettivo 3.

Realizzazione di strumenti di contatto, indagine e *counselling* inerenti alle quattro patologie, da somministrare in farmacia alla popolazione;

Obiettivo 4.

Numero di questionari somministrati nei 6 mesi di rilevazione – produzione delle stime previste;

Obiettivo 5.

Numero di utenti a rischio identificati e inviati al medico curante – produzione delle analisi di valutazione previste;

Obiettivo 6.

Numero di pazienti non aderenti identificati a cui viene praticato il *counselling* – produzione delle analisi di valutazione previste.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 1

Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settori: Farmaceutico ospedaliero e territoriale

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referenti Progetto: Daniela Nizza, Cristiana Pellegrini

email: cristiana.pellegrini@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Il pronto soccorso e la farmacia di comunità: la presa in carico del paziente fragile

- Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea Progettuale 1: € 20.629.473,00
- Durata del Progetto: pluriennale
- Spese stimate anno 2013: € 4.339.000,00
- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 4.339.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto intende sperimentare la presa in carico, da parte delle farmacie, del cittadino/paziente fragile e pluripatologico cronico, sulla base di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici dettati ed esplicitati dalla Medicina d'Emergenza-Urgenza nella figura della società scientifica SIMEU (Soc. Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza).

L'obiettivo principale rimane quello di ridurre l'accesso improprio al Pronto Soccorso e la riospedalizzazione frequente di tali pazienti attraverso uno stretto monitoraggio dell'aderenza alla terapia prescritta dal MMG e/o dall'ospedale in dimissione con un atteso impatto positivo sulla spesa sanitaria pubblica ed un miglioramento degli standard di salute del cittadino.

Il Progetto si colloca nell'ambito della realizzazione di un nuovo modello di Farmacia di Comunità, che attraverso alcuni gesti professionali del farmacista anch'essi frutto di linee guida certificate si

occupa attivamente della salute e del benessere dell'utente e del paziente integrando il mero atto della dispensazione del medicinale.

L'obiettivo principale è far sì che la Farmacia di Comunità, coordinata dalla Medicina d'Urgenza, diventi per il cittadino sia un capillare punto di accesso al Servizio Sanitario Nazionale sia un efficace strumento di aderenza alle cure nonché l'intercettazione precoce di eventuali patologie misconosciute dal paziente stesso attraverso "campagne" locali di educazione alla salute.

2) Obiettivi

Obiettivi qualitativi

Obiettivo 1.

Realizzazione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale per tutti i farmacisti operanti nelle farmacie del Piemonte coordinati dalla SIMEU.

Obiettivi quantitativi

Obiettivo 2.

Stima della presa in carico, dopo dimissione ospedaliera, di n° pazienti fragili e/o pluripatologici per farmacista.

Obiettivo 3.

Valutazione dell'efficacia dell'azione del "farmacista di comunità", in termini di significativa riduzione di riospedalizzazioni e dei costi connessi.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Obiettivo 1.

Nel primo anno dall'avvio del progetto è prevista la formazione in tutte le province di gruppi pilota di farmacisti;

Obiettivo 2.

Contestualmente alla formazione, saranno realizzati gli strumenti di rilevazione e di verifica dell'efficacia della presa in carico del paziente fragile e/o pluripatologico;

Obiettivo 3.

La valutazione di efficacia si basa sull'utilizzo dei sistemi informativi sanitari, quindi i tempi per la sua conclusione dipendono dai tempi con cui tali archivi saranno resi disponibili; si ritiene che l'obiettivo possa essere raggiunto entro i primi 6 mesi successivi all'anno di riferimento degli archivi.

4) Costi connessi

Azioni	€	Numerosità	Totale
Presa in carico paziente fragile	€ 100,00	20.960	€ 2.096.000,00
Elaborazione dati epidemiologici	€ 50.000,00		€ 50.000,00
Elaborazione dati farmaeconomici	€ 50.000,00		€ 50.000,00
Programma informatico	€ 50.000,00		€ 50.000,00

Corsi aggiornamento costo giornata/farmacista	€ 340,00	4.200	€ 1.428.000,00
Adesione al progetto farmacie rurali sussidiate	€ 2.500,00	140	€ 350.000,00
Altre farmacie	€ 1.500,00	210	€ 315.000,00
Totale			€ 4.339.000,00

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Obiettivo 1.

Numero di farmacie e di farmacisti coinvolti nella formazione;

Obiettivo 2.

Numero di farmacie coinvolte nella presa in carico e numero di pazienti presi in carico dai farmacisti ed inviati ai diversi presidi sanitari;

Obiettivo 3.

Numero significativo di riduzione delle riospedalizzazioni nei primi cinque anni dall'avvio del progetto.

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662

Anno 2013

Linea progettuale 2

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: POLITICHE SOCIALI E POLITICHE PER LA FAMIGLIA

Settore: Programmazione Socio-assistenziale, Integrazione Socio-Sanitaria e Rapporti con gli Enti Gestori istituzionali

Via Bertola, 34

10122 Torino

Referente Progetto: dott.ssa Raffaella VITALE

email: raffaella.vitale@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Implementazione della rete di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer e altre demenze

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 2: € 16.503.578,00

Durata progetto mesi 12

Spesa stimata anno 2013 € 17.000.000,00

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 16.453.578,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

La Regione Piemonte ha da alcuni anni sviluppato una rete di servizi residenziali e semiresidenziali per anziani colpiti dal morbo di Alzheimer nell'ottica di un approccio mirato a fornire risposte specialistiche ad una patologia che sta assumendo sempre maggiore prevalenza nel contesto delle malattie tipiche della terza età. In Italia la presenza di malati è stimata in circa il 6% degli ultrasessantacinquenni¹ (in aumento rispetto alle precedenti stime).

Proprio da queste premesse deriva la considerazione della necessità di una risposta dedicata alla demenza e alla malattia di Alzheimer in particolare che, avviata negli anni precedenti, necessita di un'implementazione in grado di rispondere alla crescente pressione della domanda. Attualmente la rete regionale è incentrata sui seguenti servizi:

- a) rete di strutture di residenzialità temporanea per malati di Alzheimer e altre demenze con importanti compromissioni delle condizioni psico-fisiche e con gravi disturbi comportamentali;

- b) rete di strutture di semiresidenzialità per malati di Alzheimer e altre demenze a sostegno dei malati e delle loro famiglie al fine del ritardare l'istituzionalizzazione della persona malata;
- c) servizi domiciliari per malati di Alzheimer.

1) dati ISTAT Roma 15-16 settembre 2011 "Generazioni che si formano e si incrociano: scelte di vita nel difficile contesto italiano"

2) **Obiettivi**

Le due reti residenziale e semiresidenziale rispondono ad esigenze parzialmente differenziate. La prima, quella residenziale incentrata sui Nuclei Alzheimer Temporanei, mira a implementare e migliorare la risposta organizzativa che permetta la presa in carico del paziente anche in fase acuta evitando l'ospedalizzazione ritenuta, a livello scientifico, una risposta inadatta a questa tipologia di pazienti. Il NAT si configura, quindi, come una risposta che permetta un'appropriatezza risposta clinica alla malattia, nonché garantisca una continuità assistenziale alla persona interessata. Al termine del periodo di ricovero, infatti, il malato potrà rientrare al proprio domicilio (con o senza inserimento in struttura semiresidenziale) o in struttura residenziale sulla base di una valutazione socio-sanitaria che definisca un percorso di cura integrato tra servizi sanitari e servizi sociali.

La seconda, incentrata sui Centri Diurni Integrati e i Centri Diurni Autonomi, intende migliorare l'area di condivisione con le famiglie/care giver del carico assistenziale del familiare malato, rinviando il più possibile il ricovero e riducendo il carico psicologico di una scelta particolarmente gravosa per i familiari.

La struttura semiresidenziale favorisce il mantenimento delle capacità psicofisiche residue conservando il rapporto con il proprio ambiente di vita e il contesto familiare.

Al fianco di queste due risposte si intende sostenere le famiglie/care giver anche con interventi domiciliari che permettano una precoce presa in carico della persona malata al fine di ritardare il decadimento psicofisico, il mantenimento della dignità e dei legami affettivi della persona malata.

Obiettivo qualitativo

Miglioramento dell'appropriatezza della risposta attraverso strutture appositamente dedicate a quest'area, valorizzazione delle competenze specifiche. Riduzione delle liste di attese relative ai servizi dedicati con collaterale riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati.

Obiettivo quantitativo

Assumendo come indicatore base della diffusione della patologia del Morbo di Alzheimer del 6% si calcola il tasso di copertura come il 1,5% in carico complessivamente nei servizi di NAT, Centri Diurni e servizi domiciliari.

Attualmente la popolazione anziana del Piemonte è pari a 1.041.356.

Stima popolazione con Morbo di Alzheimer => $1.041.356 * 0,06 = 62.481$

Obiettivo di copertura (2%) => $62.481 * 0,02 = 1.250$

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Il periodo di riferimento è l'anno 2013

4) Costi connessi

NAT stima giornate di ricovero da realizzare 59.000 (pari a circa 300 persone ricoverate)
=> stima del costo **5.658.100,00** euro

Centri Diurni stima giornate di ricovero da realizzare 42.900 (pari a circa 250 persone ricoverate)
=> **2.488.200,00** euro;

Stima dei casi seguiti dal servizio domiciliare 700
=> **8.853.700,00** euro.

Totale: **17.000.000,00** euro

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Numero di anziani con patologia Alzheimer in carico ai servizi residenziali (NAT) semiresidenziali e domiciliari nell'anno 2013



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 2

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referente Progetto: Maurizio Salvini

email: maurizio.salvini@regione.piemonte

TITOLO PROGETTO:

PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 2: € 16.503.578,00

Durata progetto mesi 24

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 30.000,00

1. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

In Piemonte circa 57.000 persone - in maggior parte in età compresa tra 40 e 65 anni (molto bassa la percentuale dei minori tra 4 e 16 anni) - sono affette da patologie reumatiche.

Le malattie reumatiche costituiscono una parte considerevole delle malattie ad andamento degenerativo, di particolare rilevanza sociale perché gravate da disabilità progressiva e varie comorbidità, di cui quella cardiovascolare è la più frequente.

L'Artrite Reumatoide (AR) è la più rappresentativa delle malattie reumatiche infiammatorie, con andamento cronico progressivo e disabilità crescente, tali da ridurre l'aspettativa di vita di chi ne è colpito di circa 6 – 10 anni.

L'AR ha un impatto sociale molto rilevante per i costi diretti (legati alla malattia, quali spesa farmaceutica, diagnostica, ecc), ma ancor più per quelli indiretti, dovuti all'invalidità ed alla mancata partecipazione alla attività lavorativa delle persone che ne sono colpite, nonché di coloro che le assistono.

L'efficacia dei nuovi farmaci e delle terapie di combinazione hanno condotto la Reumatologia internazionale a formulare il concetto di "finestra di opportunità" che postula come l'AR possa

essere bloccata in modo decisivo o permanente nelle fasi più precoci del suo decorso ossia entro i primi due - tre mesi dall'insorgenza.

D'altro canto i risultati dei trials clinici indicano come il raggiungimento della remissione nell'AR stabilizzata o avanzata sia evenienza rara, che apporta minori benefici in termini di riduzione di costi e disabilità.

Il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG) è pertanto di grande rilievo nell'individuare le patologie reumatiche all'esordio ed inviare il paziente a visita specialistica reumatologica per la conferma del sospetto di diagnosi.

Risultano peraltro necessari appositi strumenti che consentano al MMG di avvalorare il sospetto di AR e contemporaneamente gli permettano un dialogo diretto e continuo con il Reumatologo, in modo tale da accelerare i tempi di presa in carico.

Al fine di promuovere uniformità ed efficacia dei processi di cura dell'AR, si costituisce un Gruppo di Lavoro – di cui sono parte attiva tutte le diverse professionalità mediche (reumatologi, MMG, Pediatri di libera scelta, Farmacisti) e le Associazioni delle persone affette da Patologie reumatiche per predisporre congiuntamente un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dei pazienti con Early Arthritis (Artrite Reumatoide in fase precoce) comprensivo degli strumenti necessari alla sua attuazione. Tra questi strumenti il supporto informatico su web "Early Arthritis" che possa interoperare con i software di gestione della cartella clinica dei pazienti più frequentemente in uso dagli MMG. A seguito della predisposizione e fase di test, nel 2014, l'applicativo informatico sarà oggetto di specifica formazione per le professionalità mediche interessate, Altresì, nel 2014, si ipotizza per il PDTA, e quanto ad esso strettamente collegato, una fase di test in 7 Centri di Reumatologia delle Aziende Sanitarie piemontesi (6 ospedalieri ed 1 territoriale) con il coinvolgimento di circa 350 MMG.

2. OBIETTIVI

2.1 Obiettivi qualitativi e quantitativi

- Definizione e stesura del PDTA Early Arthritis
- Architettura e creazione dell'applicativo "Early Arthritis"

3. TEMPI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI RITENGONO RAGGIUNGIBILI

- Mesi 6 per la predisposizione del PDTA
- Mesi 6 per l'analisi dell'architettura e la creazione dell'applicativo "Early Arthritis"

- Mesi 12 per verifica e test del PDTA e relativi strumenti

4. COSTI CONNESSI

Analisi, architettura, creazione, interoperatività dell'applicativo "Early Arthritis" € 30.000,00



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 2

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referente Progetto: Maurizio Salvini

email: maurizio.salvini@regione.piemonte

TITOLO PROGETTO:

PDTA delle malattie infiammatorie croniche intestinali IBD

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 2: € 16.503.578,00

Durata progetto mesi 24

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 20.000,00

1. SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI o IBD da inflammatory bowel disease) sono patologie croniche caratterizzate da alternanza di periodi di attività e di quiescenza. La malattia attiva si esprime solitamente con dolore addominale, aumento del numero di evacuazioni talvolta muco ematiche, anemizzazione, incontinenza.

Nell'infanzia la malattia influisce soprattutto sullo sviluppo, e va sospettata nei bambini che subiscono un rallentamento della crescita.

In Italia si calcola che ci siano tra le 150.000 e le 200.000 persone affette da IBD, con una prevalenza (ovvero il numero di malati in un determinato momento, la fotografia del fenomeno, sempre calcolata su 100.000 persone) di 100 malati su 100.000 abitanti per la malattia di Crohn e 121 malati su 100.000 abitanti per la colite ulcerosa. L'incidenza italiana è di 10,5/100.000 abitanti per anno.

Purtroppo negli ultimi anni non solo si è registrato un aumento dell'incidenza, ma anche un aumento degli esordi di malattia in età pediatrica: secondo gli ultimi studi circa il 20% delle nuove diagnosi riguarda bambini, e l'insorgenza di malattia nell'infanzia si accompagna a un decorso di malattia più aggressivo e severo.

Malattia di Crohn e Colite ulcerosa influenzano in modo drammatico la qualità di vita, che è «la percezione individuale di benessere riguardo alla vita alla luce del suo contesto culturale, dei suoi valori ed in relazione ai suoi obiettivi, aspettative e preoccupazioni» (secondo la WHO, World Health Organization). La cronicità della malattia, le riaccensioni, le ospedalizzazioni, gli eventuali interventi chirurgici sono fattori che peggiorano la qualità di vita per i malati di IBD non solo nei momenti di attività di malattia ma anche durante la fase di remissione.

La qualità della vita è influenzata anche da manifestazioni che per il medico possono essere poco rilevanti e indice di una malattia lieve, ma sono invalidanti dal punto di vista sociale per il paziente: si pensi ad esempio all'incontinenza fecale e alla paura di non avere un adeguato controllo sfinteriale al lavoro o durante le occasioni sociali; il dolore addominale; la facile affaticabilità, che limita di fatto l'attività lavorativa, ma anche domestica e di svago.

Le persone affette da malattie infiammatorie intestinali croniche necessitano più di altre di un alto grado di tutela, in quanto pazienti giovani con quadro di disabilità talvolta grave, che presentano una patologia ad andamento cronico, di cui non sono noti i meccanismi patogenetici che le scatenano né sono a disposizione terapie atte a debellarle o, almeno, di arrestarne il processo degenerativo. Tali patologie hanno, inoltre, un pesante impatto psicologico, e non solo, sulle famiglie.

Nasce l'esigenza dell'individuazione di percorsi assistenziali specifici, mirati al singolo paziente ed alla sua famiglia. Il MMG è importante non solo nell'iniziale ruolo diagnostico e di corretto indirizzo del paziente presso le strutture da coinvolgere nel Percorso, ma soprattutto nel suo fungere da interfaccia tra paziente, famiglia e servizi sanitari.

Il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG/PLS) è pertanto di grande rilievo nell'individuare le patologie infiammatorie croniche intestinali (IBD) all'esordio ed inviare il paziente a visita specialistica gastroenterologica per la conferma del sospetto di diagnosi.

Risultano peraltro necessari appositi strumenti che consentano al MMG di avvalorare il sospetto di IBD e contemporaneamente gli permettano un dialogo diretto e continuo con il Gastroenterologo, in modo tale da accelerare i tempi di presa in carico.

Al fine di promuovere uniformità ed efficacia dei processi di cura dell'IBD, si costituisce un Gruppo di Lavoro – di cui sono parte attiva tutte le diverse professionalità mediche (Gastroenterologi, Reumatologi, MMG, Pediatri di libera scelta, Chirurghi, Dermatologi, Oculisti, Dietologi, Farmacisti) e le Associazioni delle persone affette da Patologie IBD per predisporre congiuntamente un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dei pazienti con comprensivo degli strumenti IBD necessari alla sua attuazione. Tra questi strumenti il supporto informatico su web "IBD" che possa interoperare con i software di gestione della cartella clinica dei pazienti più frequentemente in uso dagli MMG. A seguito della predisposizione e fase di test, nel 2014, l'applicativo informatico sarà oggetto di specifica formazione per le professionalità mediche interessate. Altresì, nel 2014, si ipotizza per il PDTA, e quanto ad esso strettamente collegato, una fase di test in alcuni Centri di Gastroenterologia delle Aziende Sanitarie piemontesi con eventuale coinvolgimento di MMG.

La terapia medica delle malattie infiammatorie croniche intestinali, ossia malattia di Crohn e colite ulcerosa, ha subito una profonda trasformazione in seguito all'introduzione dei farmaci biologici avvenuta a fine anni '90..

Sebbene la loro efficacia sia stata dimostrata, le strategie ottimali di trattamento sono a oggi ampiamente discusse e la loro costo-efficacia è ancora incerta. Allo stato attuale, infatti, sono disponibili in letteratura poche valutazioni in merito al rapporto costo-efficacia dei farmaci biologici nel trattamento dei pazienti affetti da malattia di Crohn. Il PDTA e l'applicativo sono rivolti all'analisi dei dati clinici e alla ricerca della linea guida diagnostica a partenza dall'MMG/PLS e al miglior utilizzo dei farmaci a disposizione.

2. Obiettivi

2.1 Obiettivi quantitativi

- Definizione e stesura del PDTA IBD
- Architettura e creazione dell'applicativo IBD

2.2 Obiettivo qualitativo

1. Garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni paziente affetto da malattia infiammatoria cronica intestinale, al fine di offrire una cura mirata, che mantenga il soggetto nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento.
2. valutare l'andamento della malattia pre e post terapia in termini di:
 - ricoveri
 - interventi chirurgici
 - qualità di vita

3. Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

- Mesi 6 per la predisposizione del PDTA
- Mesi 6 per l'analisi dell'architettura e la creazione dell'applicativo IBD

- Mesi 12 per verifica e test del PDTA e relativi strumenti

4. Costi connessi

Analisi, architettura, creazione, interoperatività dell'applicativo IBD € 20.000,00

5. Indicatori

Numeri di ricoveri annui pre diagnosi e post diagnosi

Interventi pre e post diagnosi

Effetti collaterali della terapia stessa



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 3

Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'accordo Stato Regioni del
10/2/2011

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: SANITA'

Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referente Progetto: Margherita Burchio

email: margherita.burchio@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Rete regionale delle strutture che svolgono attività di riabilitazione di cui alla D.G.R. N. 10-5605 del 2/04/2007, D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e s.m.i., D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011, D.G.R. n.12-1665 del 7/03/2011 e D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 : sviluppo di un modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete.

Quota vincolata obiettivi di Piano Linea progettuale 3: € 1.650.358,00

Durata del progetto: 24 mesi

Spesa stimata ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.050.358,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Con i provvedimenti indicati nel titolo del progetto la Regione Piemonte ha fornito alle Aziende Sanitarie Regionali le direttive per una ridefinizione dell'organizzazione e della gestione delle attività nel settore della riabilitazione, al fine di garantire interventi sanitari appropriati, la completa disponibilità dei "setting riabilitativi", l'equità di accesso al percorso riabilitativo, la continuità dei percorsi di cura e la razionalità nell'uso delle risorse.

Sono stati altresì individuati i percorsi assistenziali da assicurare al paziente in rapporto al fabbisogno riabilitativo, identificando attori, modalità operative e responsabilità funzionali. I percorsi sono correlati all'intervento riabilitativo da assicurare al paziente ed intervengono sulle disabilità emergenti a seguito di esiti di patologie d'organo, mediante la presa in carico globale della persona.

Il "garante della continuità del percorso riabilitativo" e quindi il responsabile del "governo" clinico è il fisiatra dell'ASL di residenza del paziente che ha il compito, coordinandosi con gli altri specialisti

e professioni coinvolte, a loro volta “obbligate” a colloquiare, di definire i bisogni specifici della persona e a indicare le risposte più adeguate attraverso l’elaborazione di un progetto riabilitativo individuale, seguendone passo a passo tutto il cammino di cura. Se il fisiatra riveste il ruolo di “garante clinico” del percorso, spetta al Distretto assicurare un’appropriata risposta organizzativo-gestionale.

Elemento centrale per l’attuazione dei percorsi è la realizzazione di una rete” integrata di servizi nella logica di una organizzazione che pone prioritariamente l’attenzione sulle relazioni funzionali sia tra le diverse realtà coinvolte che all’interno della singola realtà organizzativa.

A tal fine è pregiudizievole per un appropriato funzionamento di tale organizzazione la realizzazione, il funzionamento e lo sviluppo di uno strumento informatico per la gestione operativa ed il monitoraggio del percorso riabilitativo, per la comunicazione/informazione relativa ai pazienti al passaggio da un setting riabilitativo ad un altro ed al cambio del soggetto erogatore, per una lettura/verifica dell’appropriatezza organizzativo-gestionale della presa in carico riabilitativa da parte delle ASR, nonché per una lettura dell’appropriatezza clinica degli interventi riabilitativi effettuati. Lo strumento è rappresentato dalla scheda di “Proposta di percorso riabilitativo individuale”.

2) Obiettivi

- Analisi del funzionamento delle strutture/servizi di RRF in rapporto alla propria mission attraverso il monitoraggio del profilo dei pazienti trattati,
- monitorare e valutare fattori di mobilità/indici Regionali e comparativi tra le diverse strutture
- analizzare il percorso del paziente anche al di fuori delle strutture pubbliche
- analizzare in tempo reale le risposte del sistema a livello Regionale e di ogni singola struttura
- comparare in tempo reale le attività della singola struttura con quelle delle rimanenti strutture e dei dati Regionali

Obiettivo qualitativo

- dare continuità al percorso di cura dall’acuzie al rientro al domicilio evitando interruzioni tra un setting e l’altro, accompagnando la persona disabile all’interno di una complessa organizzazione in rete;
- condivisione immediata di documentazione comune e di informativa tra i vari attori che intervengono nel percorso riabilitativo, realizzando un “colloquio sistematico”
- migliorare la conoscenza del “bisogno riabilitativo” degli assistiti con conseguente miglioramento della programmazione aziendale.

Obiettivo quantitativo

Funzionamento in rete di tutti gli attori, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, che intervengono nel percorso riabilitativo.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

24 mesi

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell’intervento proposto

- Numero soggetti pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, che intervengono nel percorso riabilitativo che utilizzano la rete informatizzata per la gestione del setting di competenza previsto nel percorso riabilitativo del paziente.

- Numero di pazienti trasferiti da acuzie a reparto di RRF rilevati dalla procedura informatica che permette il collegamento in rete rapportati al totale dei pazienti trasferiti da acuzie a reparto di RRF.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 3

Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'accordo Stato Regioni del 10/2/2011

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: SANITA'

Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referente Progetto: Margherita Burchio

email: margherita.burchio@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Sviluppo in ambito riabilitativo di un modello assistenziale alternativo al ricovero (PAC).

Quota vincolata obiettivi di Piano Linea progettuale 3: € 1.650.358,00

Durata del progetto: 24 mesi

Spesa stimata ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 600.000,00

3) Sintesi del contenuto del progetto

Nell'ambito delle attività del SSR conseguenti ad un riordino organizzativo-gestionale funzionale correlato ad una maggiore efficienza nel rispetto della garanzia degli interventi LEA appropriati, è da ricercare un modello organizzativo che permetta di trattare a livello ambulatoriale alcune tipologie di pazienti, con disabilità conseguenti ad esiti di patologie, che presentano la necessità di essere trattate, per il loro superamento, con interventi riabilitativi di tipo intensivo.

La realizzazione di PAC in ambito riabilitativo, oltre a presentarsi quale ulteriore modalità organizzativa per la gestione di bisogni di salute dei pazienti, permetterebbe una migliore appropriatezza di utilizzo dei posti letto ospedalieri di riabilitazione, con particolare riferimento a specifiche situazioni quali ad esempio quelle rappresentate da ricoveri ripetuti in disabilità complesse con esiti permanenti o alcuni ricoveri dopo la fase dell'acuzie (es. protesi d'anca o di ginocchio).

Il paziente che fruisce dei PAC può giovare di un trattamento intensivo usufruendo di tutti gli stimoli positivi conseguenti al rientro precoce al proprio domicilio.

La costruzione dei PAC ha come presupposto la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) da parte del fisiatra dell'ASL di appartenenza del paziente che, in quanto responsabile del "governo" clinico lo redige, coordinandosi con gli altri specialisti e professioni coinvolte, a loro volta "obbligate" a colloquiare, per definire i bisogni specifici della persona ed indicare le risposte più adeguate.

4) Obiettivi

- garantire in regime ambulatoriale percorsi riabilitativi tempestivi, completi, alternativi al ricovero;
- razionalizzare l'assistenza ospedaliera riabilitativa, permettendo l'ottimizzazione delle risorse ed il miglioramento dell'efficienza attraverso lo spostamento delle attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.

Obiettivo qualitativo

Garantire al paziente un trattamento intensivo usufruendo di tutti gli stimoli positivi conseguenti al rientro precoce al proprio domicilio.

Obiettivo quantitativo

Sperimentare l'utilizzo di PAC da parte dei Servizi di RRF di ASL della Regione Piemonte ed analizzarne l'esito.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

24 mesi

6) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

- Numero di Servizi di RRF ASL presenti sul territorio regionale che sperimentano i PAC.
- Numero di pazienti con caratteristiche di trattamento PAC rispetto al numero dei pazienti con caratteristiche di trattamento PAC gestiti.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 4

Assistenza ai pazienti in condizione di Stato Vegetativo e Stato Minima Coscienza nella fase degli esiti.

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore: Pianificazione ed Assetto del SSR
Corso Regina Margherita, 153 bis
10122 Torino
Referente Progetto: Franca Lovaldi
e-mail: franca.lovaldi@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase della cronicità

- Durata del progetto: 12 mesi
- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013 € 3.713.305,00
- Spese stimate anno 2013: € 3.713.305,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Contesto

Con la D.G.R. n. 62 – 13647 del 22 marzo 2010 la Regione Piemonte ha istituito il Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome al fine di concretizzare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza dei soggetti in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome, attraverso il perfezionamento e la diversificazione sanitaria e socio-sanitaria, con lo scopo di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei loro familiari.

Lo Stato Vegetativo (SV) è una condizione che fa seguito a uno stato di coma protratto per almeno quattro settimane, causato da un danno cerebrale acuto (traumatico, vascolare, anossico), avente le seguenti caratteristiche: nessuna evidenza di coscienza di sé e della consapevolezza dell'ambiente, stato di veglia, anche se alternato a periodi di chiusura degli occhi che possono apparire come un ritmo sonno – veglia, possibile attivazione della vigilanza a seguito di stimoli luminosi, sonori, tattili.

Lo Stato di Minima Coscienza (SMC) rappresenta un'evoluzione dal quadro di coma o di SV, ove vi sia la presenza, seppur minima o in fasi alterne, di comportamenti caratterizzati da risposte o manifestazioni cognitive volontarie e non riproducibili da comportamenti riflessi, come movimento volontario e finalizzato delle dita o degli arti, chiusura e apertura degli occhi, inseguimento con lo sguardo, etc.

La realizzazione del Percorso in oggetto prevede la definizione di livelli assistenziali, a prescindere dall'età, distinti tra la fase della post acuzie e la fase della cronicità, che assicurano interventi sia di tipo ospedaliero sia di tipo extra ospedaliero/territoriale, prevedendo i seguenti setting di cura:

1. Setting Ospedaliero attraverso, le Unità Stati Vegetativi in strutture ospedaliere;
2. Setting Territoriali, distinti in:
 - a) Residenziale, attraverso l'attivazione di Nuclei Stati Vegetativi (NSV) in strutture residenziali socio sanitarie accreditate o Case di Cura accreditate;
 - b) Domiciliare,

Al termine della fase acuta, definita la diagnosi di S.V., la persona è avviata al Percorso dedicato alla post-acuzie e trasferito presso una delle strutture ospedaliere di Unità Stati Vegetativi se non eligibili alla riabilitazione di III Livello Cod. 75.

Terminato il Percorso della post-acuzie, viene attivato il Percorso della fase degli esiti, tant'è che la Struttura riabilitativa di III livello cod. 75 o l'Unità Stati Vegetativi, almeno 30 giorni prima della data prevista per le dimissioni del paziente, deve contattare preventivamente il Direttore del Distretto dell'ASL di appartenenza del paziente, al fine di concordare un progetto di reinserimento familiare (domiciliarità) o in struttura residenziale (residenzialità) attraverso l'Unità Multidisciplinare di Valutazione della disabilità (UMVD) di competenza per la predisposizione di un Progetto Individuale.

La composizione dell'UMVD deve garantire la presenza delle figure afferenti all'ambito sanitario e socio-assistenziale competenti.

Nel caso di valutazioni riguardanti soggetti in età evolutiva*, deve essere garantita la presenza, quale medico specializzato nella patologia, un neuropsichiatra infantile, o suo delegato, della S.C. di Neuropsichiatria infantile.

L'Unità valutativa specificamente riferita al Percorso può essere costituita come segue:

- Il Direttore del Distretto, o suo delegato, con funzioni di presidente,
- un medico neurologo della S.C. Neurologia dell'Ospedale di riferimento,
- uno psicologo,
- un neuropsichiatra della S.C. di Neuropsichiatria infantile*,
- uno psicologo dell'età evolutiva*,
- un medico fisiatra,
- un assistente sociale dell'Ente Gestore dei Servizi socio assistenziali,
- un infermiere del Servizio di cure domiciliari,
- un educatore professionale,
- un segretario.

In sede di UMVD il Progetto Individuale deve essere concordato con i famigliari o il tutore in base ai bisogni del soggetto e della famiglia o altra persona di riferimento.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) della persona interessata devono sempre essere invitati a presenziare alla seduta dell'UMVD nel corso della quale viene definito il Progetto Individuale dell'assistito che hanno in carico. Nel caso di mancata presenza del MMG o PLS viene comunicato loro l'esito della valutazione e del Progetto Individuale.

Nella fase di cronicità il percorso prevede la possibilità di inserimento in Nuclei Stati Vegetativi (NSV) per soggetto in Stati vegetativi o Stati di Minima Coscienza

La permanenza al domicilio è comunque da favorire e sostenere in tutte le situazioni ove è attuabile e, soprattutto, in presenza di minori.

Con la D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010 "Istituzione del percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome" sono stati definiti i requisiti organizzativi e strutturali del Nucleo Stati Vegetativi (NSV) e del Nucleo di Alta Complessità Neurologica cronica (NAC).

La suddetta deliberazione rimandava ad un successivo atto deliberativo per l'approvazione dei requisiti per l'accreditamento relativo alle strutture aventi Nuclei NSV e NAC con le relative disposizioni.

Con la D.G.R. n. 22-5036 dell'11 dicembre 2012 sono stati approvati i requisiti e le procedure per l'accreditamento di strutture con Nuclei Stati Vegetativi e Nuclei di Alta Complessità Neurologica, tant'è che le strutture pubbliche e private in possesso di autorizzazione al funzionamento di Nuclei NSV/NAC in base alla D.G.R. n. 62-13647/2010 in virtù della suddetta D.G.R. 22-5036/2012 possono accedere alle procedure di accreditamento con il sistema pubblico mediante presentazione di apposita istanza alla Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente.

Inoltre, gli NSV/NAC sono obbligate a quanto disposto dalla D.G.R. n. 69-483 del 2 agosto 2010 "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R.n. 41- 5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. n. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. n. 44-12758 del 17 dicembre 2009" per l'invio dei dati alla banca dati ministeriale istituita dal DM 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" (FAR).

Annualmente l'Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente deve provvedere alla verifica e all'accertamento del possesso e del mantenimento dei requisiti di accreditamento dei NSV/NAC.

Per essere accreditate, oltre al possesso dell'autorizzazione al funzionamento ai sensi della D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010, i Nuclei per persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza, nonché i Nuclei di Alta Complessità Neurologica devono:

- 1) possedere la "Carta dei Servizi" e strumenti di comunicazione e trasparenza, i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato C) della D.G.R. n. 25 – 12129 del 14 settembre 2009;**
- 2) avere localizzazione idonea ad assicurare l'integrazione e la fruizione degli altri servizi del territorio;**
- 3) Rispondere ai requisiti previsti dalla vigente normativa in ordine alla eliminazione delle barriere architettoniche;**

4) Possedere un sistema di “qualificazione del personale” pianificato sui bisogni formativi del personale in funzione degli obiettivi del servizio

La programmazione formativa deve essere documentata. I percorsi formativi, sia individuali sia di gruppo, devono riguardare tutte le figure professionali e fornire agli operatori conoscenze teoriche e tecniche utili sia di comprendere la globalità del servizio in relazione alla tipologia delle persone assistite sia per organizzare i vari percorsi delle prestazioni da erogare in funzione dei bisogni specifici. Ogni struttura è tenuta a redigere, entro il mese di gennaio di ogni anno un programma annuale di formazione/aggiornamento e supervisione del personale indicando:

- 1) argomento, personale coinvolto, durata e numero dei moduli per consentire la più ampia partecipazione degli interessati, tenendo anche conto dei requisiti specifici richiesti per ogni singola area funzionale;
- 2) le risorse finanziarie disponibili per sostenere il piano formativo;
- 3) ogni struttura con NSV o NAC deve organizzare un evento formativo all'anno in collaborazione con almeno altre due strutture aventi anch'esse NSV o NAC o con una Unità Stati Vegetativi.

5) Coordinamento con i servizi sanitari e con gli altri servizi sociali del territorio

Possedere un progetto quadro condiviso e sottoscritto con servizi sanitari del territorio in modo da facilitare lo scambio di esperienze e competenze con tutte le Istituzioni. Partecipano alla definizione di progetto quadro i seguenti soggetti:

- Unità Multidimensionali di Valutazione Disabilità o Unità di Valutazione Geriatrica per la revisione del Piano Assistenziale Individuale (PAI),
- Attività riabilitative e protesiche,
- Medicina specialistica in struttura,
- Residenzialità temporanea.

Qualora la struttura preveda la presenza di volontari ne dovrà curare l'inserimento nelle attività, anche mediante adeguati interventi di tutoraggio e formazione, ed il loro coinvolgimento deve configurarsi come complementare e non sostitutivo delle attività assistenziali. Le modalità di presenza del volontariato nelle strutture devono essere definite nell'ambito di convenzioni tra soggetti gestori ed i rappresentanti delle organizzazioni e/o associazioni secondo modalità di legge.

6) Adottare Piani Assistenziali Individuali (PAI);

7) Adottare strumenti di valutazione e di verifica dei servizi erogati

Le strutture devono:

- redigere e depositare con cadenza triennale un “Progetto di Gestione del Servizio” i cui contenuti fondamentali sono riportati nell'Allegato C) della D.G.R. n. 25 – 12129 del 14 settembre 2009;
- definire strumenti e procedure di rilevamento della qualità percepita e redigere un report annuale di valutazione dei risultati raggiunti nei confronti di ogni ospite, della famiglia (laddove possibile) e dei committenti;

8) Possedere i seguenti ulteriori requisiti gestionali ed organizzativi:

- a) programma delle attività di supporto psicologico a favore del personale e delle loro famiglie da attivare nell'ambito del minutaggio dello psicologo, così come definito dalla D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010;

- b) protocollo di una corretta gestione dei farmaci;
- c) protocollo di una corretta gestione della ventiloterapia e della tracheostomia;
- d) protocollo di una corretta gestione della nutrizione enterale e parenterale;
- e) protocollo di una corretta gestione delle lesioni da pressione;
- f) protocollo di una corretta gestione della biancheria sporca e pulita e modalità di lavaggio;
- g) protocollo per la prevenzione e cura della scabbia;
- h) protocollo per la prevenzione infezioni e parassitosi;
- i) protocollo per la pulizia e la sanificazione ambientale;
- j) protocollo per lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti nel Nucleo;
- k) Corso BLSD base.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

Garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni soggetto in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza al fine di offrire un percorso appropriato di cura ed assistenza, che mantenga la persona nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della sua dignità in ogni momento. Nonché accompagnare le ASL nell'accreditamento delle strutture che lo richiederanno.

Obiettivi quantitativi

- 1) Mantenimento e possibile potenziamento del convenzionamento presso Nuclei di Stati Vegetativi di persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza.
- 2) Accreditamento dei NSV autorizzati al funzionamento ai sensi della D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

L'arco temporale per l'attuazione degli obiettivi qualitativi e quantitativi è stimato in 12 mesi.

4) Costi connessi

I costi connessi al progetto sono dati dal mantenimento nella fase della cronicità delle persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza residenti nella regione Piemonte ed ospitate presso Nuclei Stati Vegetativi accreditati nel territorio piemontese dati dal costo della tariffa giornaliera, interamente a carico del SSR, per i giorni di permanenza negli stessi nell'anno 2013.

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Indicatore 1)

Nella regione Piemonte la prevalenza di Stati Vegetativi e di Stati di Minima Coscienza è di 5,2/100.000 abitanti pari a 227 persone nel 2013.

Tasso di copertura della popolazione di riferimento

[per tasso di copertura si intende la proporzione dei posti letto residenziali in relazione al numero di casi presenti nella regione Piemonte]

$$Tc = Ie/Pop (SV + SMC)$$

Numeratore [Ie]: numero di persone in convenzione in Nuclei Stati Vegetativi nel 2013

Denominatore [Pop (SV + SMC)]: numero di persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza in Piemonte nel 2013

L'atteso: almeno il 27% di persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza in convenzione presso Nuclei Stati Vegetativi nel 2013.

[l'atteso indica l'obiettivo a cui tendere nell'anno di riferimento del progetto, che deriva da dati epidemiologici e da considerazioni legate al contesto]

Indicatore 2)

Nella regione Piemonte al 31.12.2014 sono autorizzati al funzionamento ai sensi della D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010 numero 4 strutture con NSV

Tasso di copertura della popolazione di riferimento

[per tasso di copertura si intende la proporzione dei NSV autorizzati al funzionamento ai sensi della D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010 in relazione ai NSV accreditati ai sensi della D.G.R. 22-5036 dell'11 dicembre 2012]

$$Tc = NSV aut / NSV acc$$

Numeratore [NSV aut]: numero di NSV autorizzati al 31.12.2012

Denominatore [NSV acc]: numero di NSV accreditati al 31.12.2013

L'atteso: il 100% dei Nuclei Stati Vegetativi accreditati ai sensi della D.G.R. 22-5036 dell'11 dicembre 2012 entro il 31 dicembre 2013.

[l'atteso indica l'obiettivo a cui tendere nell'anno di riferimento del progetto, che deriva dalle Deliberazioni di accreditamento dei Direttori Generale delle Aziende Sanitarie Locali in cui afferiscono territorialmente gli NSV]



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 5

Assistenza agli anziani in condizione di fragilità e non autosufficienza

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: POLITICHE SOCIALI E POLITICHE PER LA FAMIGLIA

Settore: Programmazione Socio-Assistenziali, Integrazione Socio-Sanitaria e Rapporti con gli Enti Gestori Istituzionali

Via Bertola, 34

10122 Torino

Referente Progetto: dott.ssa Raffaella VITALE

email: raffaella.vitale@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore di anziani non autosufficienti.

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 5: € 4.125.894,00

Durata progetto mesi 12

Costo progetto: € 21.025.870,00

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 4.125.894,00

1) Sintesi del contenuto del progetto:

La Regione Piemonte ha attivato negli anni una diversificazione dei servizi a favore della non autosufficienza intendendo potenziare il sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, sostenendo in particolare il mantenimento al proprio domicilio.

Dal 2009 la Regione Piemonte ha istituito il contributo economico a sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti, disciplinando i destinatari, i massimali e le condizioni per l'erogazione del contributo. Gli anziani destinatari sono stati valutati non autosufficienti dalle competenti Unità di Valutazione Geriatrica e sono stati considerati idonei ad un Progetto di Cure domiciliari in lungoassistenza.

Le aree prioritarie di intervento dei progetti a sostegno della domiciliarità a favore delle persone non autosufficienti, sono le seguenti:

- prestazioni professionali
- prestazioni di assistenza familiare
- servizi di tregua
- ricoveri di sollievo
- affidamento diurno
- telesoccorso
- fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione.

Tali interventi prevedono diverse modalità di attuazione e precisamente:

- a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie ed dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati;
- b) contributi economici o titoli per l'acquisto riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso di attestato di assistente familiare;
- c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto (assegni di cura);
- d) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

Evitare o ritardare il ricovero in struttura di anziani non autosufficienti, prediligendo il mantenimento degli stessi presso il proprio domicilio.

Obiettivo quantitativo

Incrementare in numero di anziani non autosufficienti in carico con progetti di domiciliarità in lungoassistenza.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Il progetto è iniziato nel 2009 ed ogni anno vengono stanziati risorse per il mantenimento dello stesso.

4) Costi connessi

21.025.870,00

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

- numero di anziani non autosufficienti presi in carico nel anno 2013



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 6

Contrasto alle diseguaglianze in sanità

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Prevenzione e Veterinaria

Via Lagrange, 24 – 10123 Torino

Referente Progetto: Gianfranco Corgiat Loia

email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Strumenti per il monitoraggio della variabilità nella salute: gli indicatori di salute

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 6: € 3.713.305,00

Durata progetto mesi 24

Costo progetto: € 410.000,00

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 333.305,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto intende valorizzare il ricco patrimonio informativo disponibile in Regione Piemonte mettendo a punto alcuni indicatori di salute in grado di monitorare la presenza di differenze sociali e geografiche all'interno del territorio regionale.

Il progetto, partendo dall'esperienza maturata in questo ambito dalla Regione Piemonte da alcuni anni intende, da un lato, aggiornare e migliorare la valorizzazione delle singole fonti informative della mortalità e dei ricoveri ospedalieri introducendo dettagli di analisi non ancora utilizzati, dall'altro avvalersi di alcune condizioni favorevoli venutesi a creare negli ultimi anni:

la recente realizzazione dell'anagrafe regionale degli assistiti (AURA);

la messa a regime di un sistema regionale di anonimizzazione che assegna ad ogni assistito (presente in AURA) un codice identificativo univoco, a sua volta registrato in tutti gli archivi sanitari.

Le prime due condizioni consentono di correlare tra loro tutti gli archivi sanitari disponibili (ricoveri ospedalieri, prescrizioni farmaceutiche, prestazioni specialistiche ambulatoriali, accessi in pronto soccorso,...); in questo modo è possibile estendere a tutta la regione Piemonte alcune esperienze di record linkage tra diverse fonti informative realizzate finora solo nella città di Torino, che hanno permesso di calcolare numerosi indicatori di salute, di identificare sottogruppi di popolazione affetti da patologie croniche, e di monitorare nel tempo (follow-up) gli esiti di salute degli assistiti.

E' quindi possibile calcolare indicatori di processo e di esito dell'assistenza erogata in diverse aree del Piemonte e in diversi gruppi sociali.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo: il progetto si prefigge di mettere a regime sistemi di monitoraggio della variabilità geografica e sociale della morbosità e/o dell'assistenza, con particolare attenzione a tre percorsi della cronicità che sono oggetto di attenzione prioritaria da parte della programmazione regionale.

Obiettivo 1

Aggiornamento dell'atlante regionale della mortalità per causa con dettaglio comunale.

Obiettivo 2

Aggiornamento dell'atlante regionale dei ricoveri ospedalieri per causa includendo indicatori stratificati per titolo di studio.

Obiettivo 3

Realizzazione di una procedura di interconnessione di fonti informative per la stima della prevalenza di diabete e per il monitoraggio dell'assistenza erogata a questi pazienti nelle diverse aree del Piemonte del Piemonte (ASL/distretti) e in diversi sotto-gruppi di popolazione

Obiettivo 4

Realizzazione di una procedura di interconnessione di fonti informative per la stima della prevalenza di sclerosi multipla e per il monitoraggio dell'assistenza erogata a questi pazienti nelle diverse aree del Piemonte del Piemonte (ASL/distretti) e in diversi sotto-gruppi di popolazione.

Obiettivo 5

Realizzazione di una procedura di interconnessione di fonti informative per la stima della prevalenza di insufficienza cardiaca e per il monitoraggio dell'assistenza erogata a questi pazienti nelle diverse aree del Piemonte del Piemonte (ASL/distretti) e in diversi sotto-gruppi di popolazione

Obiettivo 6

Realizzazione di una procedura di monitoraggio delle differenze sociali negli esiti dell'assistenza ospedaliera attraverso l'interconnessione di fonti informative correnti

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Obiettivo 1: 12 mesi

Obiettivo 2: 12 mesi

Obiettivo 3: 18 mesi

Obiettivo 4: 24 mesi

Obiettivo 5: 24 mesi

Obiettivo 6: 12 mesi

4) Costi connessi

Le attività del progetto richiedono:

Per gli obiettivi 1 e 2

acquisizione delle basi di dati necessarie e analisi descrittive (equivalente a € 90.000);

elaborazione e interpretazione degli indicatori per area geografica e/o sociale (equivalente a € 60.000);

Per ognuno degli obiettivi da 3 a 6.

- analisi e sintesi della letteratura disponibile (equivalente a € 15.000);

- realizzazione degli appositi algoritmi di record linkage per l'identificazione dei casi e per il follow-up e interpretazione e disseminazione dei risultati (equivalente a € 50.000);

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Obiettivo 1

Stima aggiornata dei tassi di mortalità per causa a livello di ASL/distretto e comune di residenza in Piemonte

Obiettivo 2

Stima aggiornata dei tassi di ospedalizzazione per causa a livello di ASL/distretto e comune di residenza e titolo di studio in Piemonte

Obiettivo 3

Numero di persone e prevalenza di diabete per ASL/distretto di residenza.

Obiettivo 4

Numero di persone e prevalenza di sclerosi multipla per ASL/distretto di residenza.

Obiettivo 5

Numero di persone con insufficienza cardiaca e numero di decessi a 1 anno dalla diagnosi per caratteristiche socio-economiche

Obiettivo 6

Indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera per alcune procedure chirurgiche per caratteristiche socio-economiche



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 6

Contrasto alle diseguaglianze in sanità

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Prevenzione e Veterinaria

Via Lagrange, 24 – 10123 Torino

Referente Progetto: Gianfranco Corgiat Loia

email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Valutazione delle variazioni del profilo epidemiologico in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 6: € 3.713.305,00

Durata progetto mesi 24

Costo progetto: € 530.000,00

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 330.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Recenti atti di indirizzo della Regione Piemonte hanno proposto ed attivato una sostanziale riorganizzazione dell'organizzazione delle strutture ospedaliere, individuando una serie di presidi da ristrutturare e riconvertire, per ragioni sia di economia sia di qualità. Una delle finalità di tale riorganizzazione è di assicurare un adeguato volume di attività per le strutture ospedaliere, a potenziale scapito della copertura omogenea del territorio regionale.

Uno degli elementi da tenere in considerazione in questa fase risulta pertanto la valutazione degli effetti della distanza dalle strutture ospedaliere, in termini di qualità e appropriatezza delle cure ricevute e, più in generale, sulla salute della popolazione. Questa linea di lavoro è anche importante ai fini della programmazione dei fondi strutturali i cui indirizzi cercano di definire con maggiore precisione le aree interne che sono caratterizzate da maggiore difficoltà di accesso ai servizi essenziali e che quindi debbono beneficiare degli investimenti strutturali.

È quindi opportuno che il Sistema Informativo Sanitario regionale si doti di un sistema aggiornato di rilevazione delle distanze esistenti tra domicilio e punto di assistenza ospedaliera più vicino (Pronto Soccorso), sviluppando ulteriormente alcune prime valutazioni in questo ambito già effettuate negli anni passati e valorizzando le fonti informative disponibili relative alla distanza ed all'accessibilità sul territorio regionale, in relazione ai principali indicatori di definizione delle aree interne così come elaborati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze insieme al Ministero della Salute.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

Realizzare un sistema di monitoraggio degli effetti sulla salute della distanza dalle strutture di ricovero che sia utile alla programmazione dell'offerta ospedaliera.

Obiettivo quantitativo

Obiettivo 1

Documentare e inserire nel Sistema Informativo Sanitario Regionale una matrice delle distanze, misurate in tempo di percorrenza, fra i Comuni del territorio regionale da applicare ai principali indicatori di definizione delle aree interne.

Obiettivo 2

Valutare il profilo epidemiologico della popolazione in rapporto alla distanza dalle strutture ospedaliere, particolarmente rispetto ad alcune patologie

Obiettivo 3

Sperimentare su almeno una condizione morbosa acuta l'effetto della distanza dal Pronto Soccorso sulla qualità dell'assistenza

Obiettivo 4

Valutare gli effetti previsti della riorganizzazione attualmente in corso di alcune fra le strutture ospedaliere

Obiettivo 5

Valutare le caratteristiche della accessibilità ai servizi e della mobilità in alcune zone del territorio regionale e la capacità delle differenti forme di trasporto e di distribuzione dei servizi di soddisfarla, così come organizzate nei settori non sanitari, in omaggio alla interdisciplinarietà e intersettorialità delle politiche.

Obiettivo 6

Individuare e proporre eventuali interventi in grado di assicurare l'accesso appropriato e tempestivo della popolazione residente in aree critiche alle strutture ospedaliere

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Obiettivo 1.

Entro 6 mesi dall'avvio del progetto verrà acquisita una matrice delle distanze a livello comunale e ne verranno documentate le caratteristiche e le modalità di utilizzo

Obiettivo 2.

Entro 12 mesi dall'avvio del progetto verranno prodotti approfondimenti relativi alla relazione fra profilo epidemiologico della popolazione e distanza dalle strutture ospedaliere

Obiettivo 3.

Entro 18 mesi dall'avvio del progetto verrà prodotto un rapporto relativo ad una patologia riguardante la relazione fra distanza dalle strutture ospedaliere e qualità dell'assistenza

Obiettivo 4.

Entro 18 mesi dall'avvio del progetto verranno prodotti approfondimenti relativi alla evoluzione dell'accesso alle strutture ospedaliere per almeno due situazioni in corso di riorganizzazione

Obiettivo 5.

Entro 18 mesi dall'avvio del progetto verrà prodotto un rapporto sulle caratteristiche della accessibilità ai servizi e della mobilità in ambito regionale e almeno un approfondimento in aree urbane sugli effetti sulla salute della capacità di soddisfarla da parte di differenti forme di mobilità

Obiettivo 6.

Entro 18 mesi dall'inizio del progetto verrà valutata la situazione specifica di un'area territoriale del Piemonte in cui si prevedano criticità derivanti dalla nuova organizzazione della rete delle strutture ospedaliere

4) Costi connessi

Obiettivo 1: 110.000 euro

1 mese persona di progettista sistemi, 1 mese persona analista

Costi ente strumentale per le fasi di inserimento nel DWH regionale e per l'attivazione dell'aggiornamento della matrice (assessorato trasporti, 5T)

Obiettivo 2: 100.000 euro

1 mese persona di analista, 2 mesi persona di epidemiologo, 2 mesi persona di statistico

Costi ente strumentale per il trattamento dati.

Obiettivo 3: 60.000 euro

2 mesi persona di epidemiologo, 1 mese persona di statistico

Costi ente strumentale per record linkage

Obiettivo 4: 80.000 euro

1 mese persona di analista, 1 mese persona di epidemiologo, , 2 mesi persona di direttore sanitario, 1 mesi persona di statistico

Costi ente strumentale per il trattamento dati

Obiettivo 5: 100.000 euro

1 mese persona di analista, 1 mese persona di epidemiologo, 1 mesi persona di statistico

Costi di collaborazione con esperti in ambito pianificazione urbana (SITI) e trasportistica (ex provincia di Torino) e di sistemi di accessibilità

Obiettivo 6: 80.000 euro

1 mese persona di analista, 1 mese persona di epidemiologo, 1 mesi persona di statistico

Collaborazione con esperti in ambito trasportistico (ex provincia di Torino) e di sistemi di accessibilità

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Obiettivo 1

Disponibilità documentata di una matrice delle distanze fra i comuni del territorio piemontese ed attivazione di contatti per il aggiornamento

Obiettivo 2

Disponibilità di una caratterizzazione dei Comuni piemontesi in termini di accessibilità alle strutture ospedaliere, differenziata per le principali patologie

Obiettivo 3

Produzione di un rapporto relativo alla relazione fra distanza dalle strutture ospedaliere e qualità dell'assistenza

Obiettivo 4

Produzione di un rapporto relativo alle modificazioni dell'accesso per due aree territoriali in cui si registrino riorganizzazioni della rete delle strutture ospedaliere

Obiettivo 5

Produzione di un rapporto relativo alla mobilità di interesse sanitario in un'area territoriale regionale

Obiettivo 6

Produzione di un rapporto, relativo ad un'area critica regionale, contenente ipotesi e proposte di riorganizzazione della rete ospedaliera e/o di interventi sull'accessibilità



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 6

Contrasto alle disuguaglianze in sanità

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Prevenzione e Veterinaria

Via Lagrange, 24 – 10123 Torino

Referente Progetto: Gianfranco Corgiat Loia

email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Strumenti per il monitoraggio della variabilità geografica e sociale nella salute: gli indicatori sociali

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 6: € 3.713.305,00

Durata progetto mesi 24

Costo progetto: € 500.000,00

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 300.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto intende arricchire e aggiornare il sistema di indicatori di disponibilità/povertà di risorse a livello aggregato (asl, distretto, comune e aree sub-comunali) e di posizione sociale a livello individuale, avviato attraverso un analogo progetto per l'anno 2012.

Una crescente documentazione scientifica riporta effetti sulla salute prodotti dalle caratteristiche dell'area di residenza, indipendentemente dall'influenza delle condizioni socioeconomiche individuali dei residenti. Sono state identificate alcune caratteristiche salienti della pianificazione urbana in grado di incidere sulla salute dei residenti: la densità, il grado di integrazione tra le funzioni, la disponibilità e la qualità dei servizi e dello spazio pubblico, la segregazione. A loro volta, la vivibilità urbana e il degrado fisico del territorio possono influenzare le condizioni di sicurezza oggettive e soggettive dei cittadini, con possibili riflessi sullo stato di salute della popolazione, in particolare sulla salute mentale, sull'acquisizione di comportamenti a rischio per la

salute (fumo, alcol, dipendenze, dieta) e sui conseguenti problemi metabolici e cardiovascolari. L'arricchimento del sistema di monitoraggio con indicatori in grado di descrivere i contesti urbani, per la loro stessa natura, riguarderà in primo luogo l'area metropolitana torinese; si potrà valutare successivamente l'opportunità di ricavare analoghi indicatori anche per altri comuni di grosse dimensioni.

Parallelamente, l'Osservatorio ARNO, attivo in diverse Regioni italiane ma attualmente non avviato in Piemonte, supporta le attività di indirizzo e programmazione in ambito sanitario delle Regioni e delle ASL, monitorando i percorsi diagnostico-terapeutici, l'appropriatezza prescrittiva e il controllo della spesa per la sostenibilità economica del SSN, attraverso l'uso integrato dei sistemi informativi sanitari correnti. Per rispondere coerentemente alle priorità indicate da questa linea progettuale, sarebbe necessario che a questo sistema di monitoraggio dei diversi livelli di funzionamento dell'organizzazione sanitaria e del governo clinico, venga affiancata un'adeguata capacità di misura delle differenze sociali degli eventi di rilievo per la valutazione di processo e di esito, mediante l'inserimento nei sistemi informativi sanitari di specifiche covariate sociali.

2) Obiettivi

Obiettivi qualitativi

Obiettivo 1.

Manutenzione e aggiornamento del sistema di indicatori avviato con il progetto finanziato attraverso i fondi vincolati per l'anno 2012.

Obiettivo 2.

Introduzione della regione Piemonte nell'Osservatorio ARNO per il monitoraggio dell'equità nei diversi livelli di funzionamento dell'organizzazione sanitaria e del governo clinico, attraverso le seguenti attività specifiche:

- a. acquisizione degli archivi relativi ai sistemi informativi sanitari necessari;
- b. record-linkage tra archivi sanitari per il recupero delle informazioni socioeconomiche individuali disponibili;
- c. attribuzione agli eventi sanitari dell'indicatore aggregato di deprivazione (già disponibile attraverso il primo progetto) a livello comunale;
- d. georeferenziazione per l'attribuzione agli eventi sanitari della sezione di censimento a livello sub-comunale e successiva attribuzione dell'indice di deprivazione aggregato di sezione;
- e. sperimentazione del sistema di monitoraggio su specifici percorsi assistenziali.

Obiettivi quantitativi

Obiettivo 3.

Individuazione, costruzione e mappatura di indicatori relativi alla vivibilità urbana e l'ambiente costruito ("built environment") nell'area metropolitana torinese.

Obiettivo 4.

Individuazione, costruzione e mappatura di indicatori relativi all'accessibilità e la qualità di servizi e di spazio pubblico nell'area metropolitana torinese.

Obiettivo 5.

Individuazione, costruzione e mappatura di indicatori relativi ad insicurezza e disagio dei territori nell'area metropolitana torinese.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Obiettivo 1. entro i primi 6 mesi dall'avvio del progetto

Obiettivo 2. attività a. entro i primi 6 mesi dall'avvio del progetto; attività b. nei successivi 3 mesi (mesi 6-9 dall'avvio); attività c. mesi 9-12; attività d. mesi 9-12; attività e. si svolgerà nel secondo anno del progetto.

Obiettivi 3-5. per ciascun gruppo di indicatori, l'individuazione dei diversi costrutti avverrà nei primi 6 mesi dall'avvio del progetto; la costruzione nei successivi 6 mesi; la mappatura e le relative valutazioni occuperanno il secondo anno di attività.

4) Costi connessi

Le attività del progetto richiedono:

1. attività di acquisizione di dati per la costruzione degli indicatori di contesto da parte di enti esterni (equivalente a 100.000 euro)
2. attività di data management per il record linkage individuale (equivalente a 100.000 euro)
3. attività di data management per la georeferenziazione (equivalente a 100.000 euro)
4. attività di progettazione, trattamento dei dati e interpretazione dei risultati, statistica ed epidemiologica (equivalente a 200.000 euro)

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Obiettivo 1.

Disponibilità di un rapporto aggiornato sulla variabilità geografica e sociale nella salute e nell'assistenza in Piemonte.

Obiettivo 2.

Ingresso nell'Osservatorio ARNO sull'equità di almeno una ASL della regione Piemonte; disponibilità di un rapporto sulla fattibilità dell'arricchimento delle fonti sanitarie con covariate sociali; disponibilità di un rapporto di ricerca sull'equità in almeno un percorso assistenziale.

Obiettivi 3-5.

Per ciascun gruppo di indicatori, disponibilità di almeno 2 indicatori sul territorio comunale di Torino, con le relative mappe per zone sub-urbane.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 6

Contrasto alle disuguaglianze in sanità

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Prevenzione e Veterinaria

Via Lagrange, 24 – 10123 Torino

Referente Progetto: Gianfranco Corgiat Loia

email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Creazione di una strategia nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 6: € 3.713.305,00

Durata progetto mesi 24

Costo progetto: € 1.700.000,00

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 800.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

In seguito agli input della comunicazione della Commissione europea del 2009 "Solidarity in health: Reducing health inequalities in the European Union", la commissione Salute della Conferenza Stato Regioni ha incaricato la Regione Piemonte di costituire un gruppo di lavoro interregionale a cui affidare il compito di aggiornare il novero delle evidenze disponibili su dimensioni e meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute in Italia, di formulare raccomandazioni per orientare verso una maggior attenzione agli impatti sulla salute e all'equità i principali atti della programmazione sanitaria e, in misura minore, quella non sanitaria, e di porre le basi che possano facilitare la discussione per la costruzione di una prima strategia nazionale di contrasto alla disuguaglianze di salute. Il gruppo, denominato Equità nella salute e nella sanità (ESS) e coordinato dal direttore del servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3 avrà dunque nei prossimi due anni il duplice l'obiettivo da una parte di impostare un sistema di sorveglianza capace di monitorare le disuguaglianze di salute e di collocarle all'interno di un quadro concettuale teorico,

dall'altra, e anche sulla base dei risultati emersi, di coinvolgere tutti gli attori le cui azioni sociali possono avere un impatto sulla salute all'interno di una rete nazionale capace di rivendicare nei principali circuiti istituzionali una maggior attenzione all'equità e contemporaneamente di intraprendere percorsi virtuosi di contrasto alle disuguaglianze.

Obiettivo 1 - Realizzazione di un Libro bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia

Elaborazione di un Libro bianco che raccolga le evidenze scientifiche attualmente a disposizione sulle dimensioni delle disuguaglianze di salute in Italia e sui principali meccanismi di generazione e che presenti una serie di implicazioni per le politiche – prevalentemente sanitarie ma non solo – da tenere in considerazione nello sviluppo di una *governance* complessa ed articolata delle disuguaglianze di salute. Inoltre il Libro, attraverso una lettura critica dei principali risultati della Marmot review presenterà una serie di potenziali azioni efficaci di contrasto.

Obiettivo 2 - Consultazioni con gli stakeholder

Il Libro sarà presentato e discusso con una vasta platea di *stakeholder*, tra cui gli ordini professionali sanitari, rappresentanti dei sindacati, del terzo settore e del settore economico e sociale, con la piattaforma interministeriale di Guadagnare salute e con rappresentanti della società civile e delle istituzioni nazionali. Obiettivo delle consultazioni sarà da una parte il recepire informazioni importanti talvolta non rilevabili attraverso i sistemi di sorveglianza classica di alcune informazioni sensibili (come ad esempio le percezioni o le preoccupazioni sociali) attraverso le quali completare l'analisi del contesto nazionale di fruizione del benessere, dall'altra di calibrare e rimodulare le raccomandazioni del Libro con i suggerimenti degli attori istituzionali, politici e sociali che dovrebbero poi metterle in pratica

Obiettivo 3 - Promozione dei risultati del Libro bianco

Una volta elaborato il Libro bianco verrà promosso attraverso:

- la sua pubblicazione e disseminazione (sia in versione integrale sia di *factsheet* specialistici e di *policy brief* su scala nazionale) con tecniche di comunicazione adeguate sia per il pubblico sia per ogni soggetto consultato;
- la sua traduzione in strumenti utili per la formazione sul tema delle disuguaglianze di salute (dispense, corsi...) nei curricula delle professioni sanitarie e della medicina specialistica;
- la sperimentazione di una modalità di disseminazione del Libro Bianco a livello locale che possa orientare i piani di prevenzione locale verso obiettivi di contrasto delle disuguaglianze (piani regionali di prevenzione e piani locali di salute).

Obiettivo 4 - Creazione di una rete nazionale di contrasto alle disuguaglianze di salute

Obiettivo finale del gruppo ESS sarà la nascita di un primo embrione multidisciplinare e intersettoriale di network nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute, le cui potenzialità, in attesa di un auspicabile *endorsement* istituzionale - il Libro bianco una volta realizzato verrà inviato alla commissione Salute della Conferenza Stato Regioni che ne potrebbe approvare in plenaria le raccomandazioni le quali potranno essere raccolte, strutturate ed organizzate dal gruppo ESS stesso attraverso azioni di capacity building.

Obiettivo 5 - Creazione di una campagna di comunicazione

Il servizio di Epidemiologia dell'ASLTO3, che coordinerà le attività del nuovo network, sarà impegnato nella promozione di questa nuova rete anche la progettazione di una formula di comunicazione per l'interno e l'esterno del network che da una parte amalgami i differenti interessi esistenti al suo interno intorno alla condivisione di principi di riduzione del contrasto alle disuguaglianze e dall'altra dia una visibilità e un *brand* alla rete;

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Obiettivo 1 mesi 1-9

Obiettivo 2 mesi 7-9

<u>Obiettivo 3</u>	mesi 10-18
<u>Obiettivo 4</u>	mesi 10-18
<u>Obiettivo 5</u>	mesi 12-24

4) Costi connessi

Obiettivo 1: 200.000 euro per elaborazione dati e revisioni di letteratura e redazione del libro bianco da parte di un gruppo di esperti interni ed esterni coordinati dal Servizio di Epidemiologia della Regione Piemonte

Obiettivo 2: 200.000 euro per organizzazione e realizzazione di almeno 10 eventi di consultazione con diverse categorie di stakeholder

Obiettivo 3: 600.000 euro per la pubblicazione del libro bianco (costi di grafica, editing, diffusione) e la sua trasformazione in uno strumento didattico per la formazione specialistica (costi di elaborazione e di test su una coorte di studenti), e, soprattutto, per il coinvolgimento degli attori-stakeholder della prevenzione regionale responsabili del nuovo Piano Regionale di Prevenzione nella progettazione di interventi di contrasto all'interno del PRP e dei piani locali di prevenzione (costi di formazione e assistenza alla progettazione al CORP e alle DIP)

Obiettivo 4: 300.000 euro per lo sviluppo di una comunità di pratica nazionale di stakeholder ed esperti dei diversi settori delle politiche ingaggiati nel contrasto delle disuguaglianze e organizzati per settori delle politiche (costi di moderazione di ogni settore, revisioni bibliografiche, documentazione buone pratiche)

Obiettivo 5: 400.000 euro per lo sviluppo di una campagna di comunicazione sui temi delle disuguaglianze di salute, comprensivi di un nuovo sito dedicato e di nuovi strumenti di comunicazione orientati ai diversi tipi di stakeholder (factsheet, policy brief, story telling, infografica)

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Obiettivo 1.

Elaborazione del Libro bianco

Obiettivo 2.

Numero e tipologia degli stakeholder consultati

Obiettivi 3-5.

Elaborazione di almeno 5 tra factsheet tematici e policy brief rivolti a pubblici differenti

Obiettivo 4

Strutturazione di un network nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Numero di attori coinvolti

Numero di riunioni svolte

Obiettivo 5

Creazione di un sito Internet nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 6

Contrasto alle disuguaglianze in sanità

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Prevenzione e Veterinaria

Via Lagrange, 24 – 10123 Torino

Referente Progetto: Gianfranco Corgiat Loia

email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della mortalità e della morbosità causa-specifica

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 6: € 3.713.305,00

Durata progetto mesi 24

Costo progetto: € 650.000,00

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 350.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Da anni la Regione Piemonte cura la produzione e la diffusione agli operatori competenti nelle fasi di programmazione e valutazione sanitaria di un set organico e coerente nel tempo di indicatori in grado di permettere il monitoraggio della mortalità e della morbosità. Attraverso questi strumenti è possibile descrivere l'evoluzione temporale e la distribuzione territoriale degli indicatori di mortalità e morbosità, che sono stati molto utilizzati nel corso dei PEPS e che il progetto sugli indicatori di salute si promette di elaborare e perfezionare. Inoltre negli ultimi anni la collaborazione con la rete Remolet interregionale dell'Agenas ha permesso di sviluppare nuovi indicatori per il monitoraggio dei LEA e per la valutazione di performance che meritano un'analogo impegno di monitoraggio della variabilità geografica e sociale e che finora non sono stati ingegnerizzati per una disseminazione sistematica nel SSR.

Le recenti evoluzioni nelle architetture dei sistemi di diffusione dell'informazione, già utilizzate da tempo dalla Regione Piemonte in altri ambiti tematici, suggeriscono la necessità di affiancare anche in ambito sanitario agli strumenti tradizionali di disseminazione degli indicatori nuove modalità di accesso e valorizzazione del patrimonio informativo disponibile. Tali nuovi sistemi saranno in grado di intercettare le necessità conoscitive di un ampio numero di soggetti e le relative specificità. Inoltre l'utilizzo di sistemi di nuova generazione nella disseminazione dell'informazione può permettere maggiore tempestività sia nella messa a disposizione di dati aggiornati sia nell'ottenere le informazioni necessarie da parte degli utenti.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

Migliorare l'accessibilità ai dati regionali di rilievo epidemiologico e per la programmazione sanitaria per una valutazione della loro variabilità geografica e sociale.

Obiettivi quantitativi

Obiettivo 1.

Aggiornare la produzione e la diffusione degli indicatori di mortalità e morbosità causa-specifica con gli indicatori di monitoraggio dei LEA elaborati nelle esperienze di Remolet

Obiettivo 2.

Progettare, sviluppare e assicurare la manutenzione dell'applicazione MADEsmart – Motore per l'Analisi Demografica ed Epidemiologica - in ambiente web, alimentata con le fonti informative del Sistema Informativo Regionale per facilitare l'accesso e la produzione di indicatori di mortalità e morbosità e di monitoraggio dei LEA in base a criteri di selezione ed aggregazioni dinamici e personalizzati

Obiettivo 4.

Fornire percorsi di formazione erogati in modalità FAD (Formazione a Distanza) e modalità di supporto ed assistenza per il corretto utilizzo dell'applicazione MADEsmart e per la lettura e l'utilizzo degli indicatori di mortalità e morbosità. In questo modo si prevede di accrescere le capacità degli operatori degli enti competenti nelle fasi di valutazione e programmazione di lettura ed utilizzo del profilo epidemiologico regionale

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Obiettivo 1.

Nell'ambito del progetto indicatori di salute entro 6 mesi dall'avvio del progetto verranno aggiornati gli indicatori di morbosità (anno 2010) ed entro 12 mesi quelli di mortalità (anni 2008-2010). Mentre gli indicatori dei LEA saranno elaborati negli ultimi 12 mesi del progetto

Obiettivo 2.

L'applicazione MADEsmart sarà parte integrante degli ambienti di produzione del Sistema informativo regionale entro 18 mesi dall'avvio del progetto. L'applicazione MADEsmart verrà alimentata con le nuove fonti informative disponibili entro 3 mesi dalla loro disponibilità e validazione all'interno del Sistema informativo sanitario regionale

Obiettivo 3.

I moduli formativi verranno resi disponibili entro 12 mesi dall'avvio del progetto e applicati nei 12 mesi successivi all'utenza prevista

Entro 6 mesi dall'avvio del progetto saranno disponibili i servizi di supporto ed assistenza

4) Costi connessi

Obiettivo 1: 130.000 Euro per 6 mesi persona di analista e 3 mesi persona di comunicatore esperto editing

Obiettivo 2: 400.000 euro per 6 mesi persona di progettista sistemi, 3 mese persona di epidemiologo senior, 3 mesi persona analista e per i costi per le fasi di sviluppo e manutenzione da parte dell'ente strumentale

Obiettivo 3: 120.000 euro per 3 mesi persona di progettista di formazione a distanza, 3 mesi persona di esperto in piattaforme FAD, 3 mesi persona di analista, 2 mesi persona di segreteria didattica, 2 mese persona di epidemiologo senior

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Obiettivo 1.

Produzione e pubblicazione dell'atlante di morbosità 2010 e dell'atlante di mortalità 2008-2010 già previsto in progetto indicatori. Produzione e pubblicazione dell'atlante di monitoraggio dei LEA 2001-2012.

Obiettivo 3.

Disponibilità in ambiente di produzione dell'applicazione

Inserimento nell'applicazione MADEsmart dei flussi informativi relativi alla mortalità 2010, alle dimissioni ospedaliere 2011 e 2012 ed alla popolazione residente 2012

Presenza di almeno 70 utenti abilitati all'utilizzo dell'applicazione

Obiettivo 4.

Attivazione di almeno 2 edizioni dei moduli formativi in modalità FAD con il coinvolgimento di almeno 50 operatori

Pubblicazione e aggiornamento di una pagina web dedicata all'applicazione

Produzione di almeno 2 edizioni della newsletter di aggiornamento rivolta agli utenti dell'applicazione

Fornitura del servizio di supporto ed assistenza con almeno 10 interventi di sostegno agli utenti dell'applicazione



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 6

Contrasto alle diseguglianze in sanità

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Prevenzione e Veterinaria

Via Lagrange, 24 – 10123 Torino

Referente Progetto: Gianfranco Corgiat Loia

email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della salute tra i gruppi vulnerabili

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 6: € 3.713.305,00

Durata progetto mesi 12

Costo progetto: € 1.600.000,00

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.600.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

La Regione Piemonte da anni mostra attenzione ad una programmazione efficace dei livelli di tutela delle persone appartenenti ai gruppi sociali più svantaggiati, in modo da adeguare contenuti e intensità degli interventi in modo proporzionale al bisogno (cfr obiettivi 2012 del finanziamento vincolato al PSN). I bersagli principali di questi interventi sono gli anziani fragili, i lavoratori manuali, i tossicodipendenti e i malati psichiatrici, gli immigrati irregolari. Parte integrante di questa programmazione è disporre di un adeguato sistema di sorveglianza che monitori in continuo rischi e bisogni, accesso ed uso dei servizi, ed esiti di salute in questi gruppi vulnerabili.

Per anziani fragili si intendono tutti gli anziani con cronicità (spesso multi cronicità) severa, che risultano particolarmente suscettibili all'impatto sulla salute delle emergenze stagionali e che sono in condizioni di vulnerabilità sociale tale da non poter essere supportati da un'adeguata rete di

assistenza domiciliare (famigliare o pubblica o del privato sociale). Questi gruppi sono il bersaglio principale soprattutto delle ondate di calore e vanno identificati con criteri clinici e demografici e sociali, per essere segnalati ai punti di assistenza sanitaria e sociale per interventi tempestivi in corrispondenza delle segnalazioni di rischio da ondata di calore. Dunque serve un sistema di monitoraggio che segnali il rischio sanitario da ondata di calore e che identifichi i fragili.

Per lavoratori manuali si intendono le categorie professionali su cui si esprime il maggior carico di disabilità attribuibile agli incidenti gravi sul lavoro, e che spiegano una parte significativa delle disuguaglianze di salute nella popolazione. La prevenzione dei rischi per la sicurezza richiede l'applicazione di strumenti di sorveglianza ad hoc, che arricchiscano l'ordinaria attività di vigilanza dei dipartimenti di prevenzione con nuove informazioni sulle dinamiche di accadimento degli infortuni gravi sul lavoro più prevenibili. Per questo scopo, occorre che sempre più le inchieste sugli infortuni gravi sappiano rendicontare con modelli formali di rappresentazione le dinamiche di accadimento, ad esempio attraverso il modello "Sbagliando s'impara" e attraverso formule narrative di arricchimento delle storie di infortunio da parte dei protagonisti. Queste ultime saranno integrate da indicazioni preventive che attraverso i metodi della revisione tra pari (peer review), verranno validate all'interno di comunità di pratica costituite ad hoc.

Per tossicodipendenti e psicotici si intendono quei gruppi sociali che sono particolarmente suscettibili di complicazioni a prognosi severa, anche per cause non legate direttamente alla dipendenza e alla psicosi, e per i quali l'assistenza e la prevenzione dovrebbero saper applicare adeguate strategie di riduzione del danno. Questa fascia di popolazione rappresenta una frazione attribuibile significativa delle disuguaglianze di salute della popolazione. Per orientare la riduzione del danno e valutarne l'impatto è necessario disporre di un adeguato sistema informativo regionale che monitori le storie cliniche di ogni soggetto.

Gli stranieri irregolari sono un particolare gruppo sociale, che si presenta con un buon capitale di salute a causa dell'effetto migrante sano e che può essere definito vulnerabile in quanto proprio questo capitale di salute è severamente minacciato dalle circostanze di vita e di lavoro particolarmente svantaggiate e dalle limitazioni di accesso alle cure a cui vengono esposti nel paese ospite; una minaccia che se non prevenuta adeguatamente rischia di produrre un più rapido logoramento della salute e ricadute negative sul carico di assistenza futura del nostro servizio sanitario regionale. Per intervenire adeguatamente sui meccanismi di vulnerabilità che agiscono attraverso una limitazione di accesso alle cure, occorre un sistema informativo adeguato al riconoscimento delle necessità e all'orientamento alle soluzioni assistenziali più appropriate, all'interno del ricco ventaglio di offerte che il privato sociale e il pubblico possono mettere a disposizione considerando i vincoli normativi e la solvibilità degli utenti. Una particolare categoria di soggetti vulnerabili simile alla precedente è quella dei soggetti reclusi, tra i quali gli stranieri immigrati irregolari costituiscono una proporzione considerevole.

La Regione si impegna quindi a dedicare uno sforzo di monitoraggio ad hoc della salute in questi gruppi vulnerabili.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo generale:

migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Regionale ai bisogni di salute dei gruppi socialmente vulnerabili attraverso adeguati sistemi di monitoraggio mirati per i bisogni e le azioni di questi gruppi.

Obiettivi quantitativi specifici

Obiettivo 1.

Realizzare, aggiornare e mantenere un sistema di sorveglianza per le ondate di calore articolato in:

- identificazione per ogni distretto dei soggetti anziani fragili secondo le definizioni accreditate a livello nazionale in tempi utili per le emergenze stagionali;
- segnalazione della lista ai distretti e per questa via ai medici di medicina generale e all'assistenza domiciliare per le opportune misure di preparazione;
- previsione di rischio da ondata di calore, fondata su algoritmi di trattamento dei dati di previsione meteorologica quotidiana (bollettino ondate di calore) e rischio sanitario (mortalità) per l'area metropolitana torinese.

Obiettivo 2.

Progettare e realizzare un sistema di sorveglianza del rischio di sicurezza per il lavoro vulnerabile composta da:

- una rilevazione continua di storie di infortuni gravi attraverso il protocollo "Sbagliando s'impura" e l'analisi secondo metodi statistici di riconoscimento di pattern utili per l'identificazione di meccanismi di generazione ricorrenti che possano orientare la programmazione dei piani di prevenzione;
- una rilevazione qualitativa di storie di infortunio attraverso tecniche narrative, che sappia recuperare dai protagonisti delle storie informazioni inedite utili per l'adeguamento delle risposte di prevenzione da parte degli stessi soggetti.

Obiettivo 3.

Implementare i due sistemi di sorveglianza dei percorsi clinici dei soggetti fragili delle dipendenze e della salute mentale attraverso:

- l'implementazione della valorizzazione epidemiologica della cartella clinica delle dipendenze detta SPIDI ormai entrata a regime nei SERT;
- l'arruolamento e il follow up di una coorte di malati psicotici per la valutazione dell'impatto sulla mortalità della presenza della patologia psicotica.

Obiettivo 4.

Implementare un sistema di sorveglianza dello stato di salute e delle storie assistenziali degli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e degli Europei Non Iscrivibili (ENI), allo scopo di offrire livelli di assistenza universalistica già disponibili e di sicura efficacia (screening di popolazione dei tumori, assistenza al percorso nascita e sostegno alla genitorialità da progetto nazionale Genitori Più). I sistemi si baseranno su:

- l'analisi dei flussi correnti (schede di dimissione ospedaliera, schede di morte, notifiche di malattie infettive, IVG e aborti spontanei, prescrizioni farmaceutiche, certificati di assistenza al parto);
- l'analisi dei dati dei passaggi presso i Centri di Informazione Salute Immigrati (ISI).

Progettare un sistema di monitoraggio della salute della popolazione reclusa, che permetta di mettere in luce esigenze specifiche (salute mentale, condotte a rischio suicidario, medicina preventiva, gestione delle malattie infettive e neoplastiche ad esempio).

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Obiettivo 1.

Identificazione dei fragili e invio degli elenchi ai distretti e ai medici di medicina generale entro Maggio 2013.

Analisi di mortalità nel periodo estivo, correlata all'andamento delle ondate di calore.

Bollettino ondate di calore da Giugno a Settembre 2013.

Obiettivi 2-4.

Sviluppo delle attività in continuo nel corso dei 12 mesi.

4) Costi connessi

Obiettivo 1: 400.000 Euro per servizi trattamento dati da ente strumentale CSI e da ARPA Piemonte e per attività di comunicazione da parte dell'Osservatorio epidemiologico e dei distretti

Obiettivo 2: 400.000 euro per attività di vigilanza mirata e rilevazione sugli infortuni gravi da parte dei servizi di prevenzione e per attività epidemiologiche di coordinamento, trattamento dati, formazione e comunicazione

Obiettivo 3: 400.000 euro per attività di rilevazione da parte dei SERT, dell'Osservatorio epidemiologico e servizi di trattamento dati da ente strumentale CSI; nonché per attività epidemiologiche di analisi statistica, coordinamento, e valorizzazione dei risultati da parte dell'Osservatorio epidemiologico

Obiettivo 4: 400.000 euro per attività di rilevazione da parte degli sportelli ISI, gruppo GRIS, consultori pediatrici, dipartimenti per gli screening e servizi di trattamento dati da ente strumentale CSI; nonché per attività epidemiologiche di progettazione, analisi statistica, coordinamento, e valorizzazione dei risultati da parte dell'Osservatorio epidemiologico

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Obiettivo 1.

Disponibilità nei tempi previsti di:

- elenco degli anziani fragili residenti nella Regione Piemonte, distribuiti per distretto e medico curante; osservati e prevalenze di anziani fragili su totale anziani residenti per distretto e per medico curante
- numero giornate di ondate di calore per mese e stime di capacità predittiva del bollettino meteo
- dati mortalità estate 2013.

Obiettivo 2.

Almeno due storie di infortuni gravi o mortali per ogni Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro; le storie dovranno essere emblematiche e rappresentative per frequenza e per efficacia delle azioni preventive.

Obiettivo 3.

Per il sistema delle dipendenze, disponibilità sul DWH regionale di report interrogabili dagli operatori SerT e dai funzionari regionali riepilogativi dei dati presenti su SPIDI. Per i pazienti psicotici, completamento dell'arruolamento e del follow up di una coorte di malati psicotici e report sulla valutazione dell'impatto della malattia psicotica sulla mortalità.

Obiettivo 4

- descrizione del profilo di salute di STP ed ENI attraverso l'analisi, in base a 36 indicatori condivisi a livello nazionale (progetto CCM) e individuazione di almeno 4 azioni da mettere in atto per offrire miglior assistenza in termini di accessibilità e fruibilità;
- descrizione della domanda di salute posta da STP ed ENI ai centri ISI;
- descrizione della condizione di salute della popolazione, individuando almeno 2 aree prioritarie di intervento e pianificando le relative azioni di riduzione dell'impatto della reclusione sull'accesso alle cure.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 7

Cure Palliative e Terapia del Dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

Referente Progetto:

Dott.ssa Raffaella Ferraris

email: raffaella.ferraris@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Programma regionale di Cure Palliative

- Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea Progettuale 7: € 8.251.789,00
- Durata del progetto: Continua
- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 4.125.895,00
- Spese stimate anno 2013: € € 4.125.895,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

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

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

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

Infatti, la legge del 26 febbraio 1999, n. 39 è stata il primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

Le indicazioni fornite dal citato decreto hanno riguardato i requisiti minimi strutturali (localizzazione, dimensioni generali, tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali); i requisiti minimi tecnologici (requisiti minimi impiantistici, fattori di sicurezza e prevenzione infortuni, dotazioni tecnologiche) ed infine i requisiti minimi organizzativi. Il documento ha reso possibile una definizione più appropriata delle strutture dedicate all'assistenza ai malati, pur rimanendo evidenti alcune criticità, quali la possibilità di assicurare una pari qualità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale.

In particolare, infatti, la suddetta L. 38/2012 dispone all'articolo 8 che "[...] sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]".

Tali indicazioni riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 138 del 27 giugno 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 113 del 20 marzo 2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

In ottemperanza a quanto previsto dalla L. 38/2010 e tenuto conto di quanto sopra esposto, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha approvato, nella seduta del 25 luglio 2012, l'"Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".

In dettaglio, nell'Intesa in parola si legge che "[...] Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa esigenza è stato necessario costituire due reti nazionali specifiche così come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010 " [...] volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...]" L'ambito di riferimento delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica necessita di strutture e percorsi specifici così come stabilito dalla legge 38/2010 che tiene conto dell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sottoscritto in data 27 giugno 2007 e del documento tecnico approvato in data 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La definizione della rete di assistenza della terapia del dolore nell'adulto ha richiesto un particolare impegno per la mancanza di riferimenti normativi precedenti che potessero indicare la direzione verso cui rivolgersi. La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde

dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

[...]"

Per tutto quanto sopra, si prevede di formalizzare la Rete locale di Cure Palliative presso tutte le Asl regionali, intendendo la Rete stessa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti:

1. Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete locale di Cure Palliative
2. Cure Palliative per qualunque patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita (L. 38/2010, art. 2, comma 1)
3. Operatività di équipe multi professionali dedicate, ai sensi dell 'Art. 5 Comma 2
4. Unitarietà del percorso di cure domiciliari
5. Continuità delle cure
6. Formazione continua per gli operatori
7. Programmi di supporto psicologico all'equipe
8. Misurazione della Qualità di vita
9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato
10. E' garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e per l'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi più frequenti in queste situazioni.
11. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari
12. Programmi di supporto al lutto
13. Dilemmi etici
14. Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative
15. Programmi di valutazione della qualità delle cure [...]"

La Regione Piemonte ha attuato inoltre, per prima, in Italia, le disposizioni della L. 38/2010: infatti, con D.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010, sono state istituite la Rete Regionale di Cure Palliative e la Rete regionale di Terapia del Dolore, e con successiva DGR n. 31-1482 del 11.02.2011 sono state definite la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Cure Palliative e della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore.

Le due Commissioni sopra citate hanno lavorato, sin dal loro insediamento, al fine di elaborare proposte all'Assessorato alla Sanità, per la concretizzazione dei dettami della Legge nazionale ed, in particolare, dall'approvazione dell'Intesa in parola, per l'attuazione di quanto disposto da quest'ultima, compatibilmente con il contesto normativo, economico e sociale della Regione Piemonte.

Si prevede, nel corso dell'anno, l'obbligo alle Aziende Sanitarie di ottemperare a quanto previsto dalla normativa nazionale negli specifici ambiti sopra elencati, tenuto conto di quanto disposto dal Piano Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 ed, in particolare, della riorganizzazione della Rete Ospedaliera regionale che in esso è dettagliata.

Si prevede, inoltre, di approvare specifico provvedimento della Direzione Sanità per l'individuazione di dettaglio dei percorsi attuativi della normativa suddetta, in particolare per quanto riguarda il soddisfacimento dei requisiti citati nell'Intesa dei centri erogatori di cure palliative e la piena attuazione degli obiettivi di risposta al fabbisogno di salute previsti.

Per quanto riguarda, infine, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, si prevede l'approvazione di specifico provvedimento deliberativo per l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa in parola come "un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]". Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice".

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.

Obiettivo quantitativo

Estensione dell'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.

3) Costi connessi

Implementazione di risorse di personale dedicato nelle strutture ospedaliere e sul territorio

4) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

- 1) Numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice sul numero di malati deceduti per malattia oncologica
- 2) Numero posti letto in hospice
- 3) Percentuale di hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000
 - 4) Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore
- 5) Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa
- 6) Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa
- 7) Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica
- 8) Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica
- 9) Numero di personale ospedaliero formato in cure palliative nel corso di 12 mesi
- 10) Numero di medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta formato in cure palliative nel corso di 12 mesi



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 7

Cure Palliative e Terapia del Dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

Referente Progetto:

Dott.ssa Raffaella Ferraris

email: raffaella.ferraris@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Programma regionale di Terapia del Dolore

- Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea Progettuale 7: € 8.251.789,00
- Durata del progetto: Continua
- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 4.125.894,00
- Spese stimate anno 2013: € 4.125.894,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accREDITAMENTO delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

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

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

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

Infatti, la legge del 26 febbraio 1999, n. 39 è stata il primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative" .

Le indicazioni fornite dal citato decreto hanno riguardato i requisiti minimi strutturali (localizzazione, dimensioni generali, tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali); i requisiti minimi tecnologici (requisiti minimi impiantistici, fattori di sicurezza e prevenzione infortuni, dotazioni tecnologiche) ed infine i requisiti minimi organizzativi. Il documento ha reso possibile una definizione più appropriata delle strutture dedicate all'assistenza ai malati, pur rimanendo evidenti alcune criticità, quali la possibilità di assicurare una pari qualità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale.

Se esiste dunque un quadro normativo di riferimento rispetto alla tematiche di cure palliative, più complesso è l'iter riguardante la terapia del dolore.

Il progetto "Ospedale senza dolore", nato con l'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome in data 24 maggio 2001 con la finalità di offrire la realizzazione, a livello regionale, di progetti finalizzati al miglioramento del processo assistenziale rivolto in maniera specifica al controllo del dolore, non ha prodotto i risultati attesi.

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

I documenti citati, pur nella loro completezza, non hanno avuto, quindi, la capacità di definire in modo puntuale quali requisiti fossero necessari nei diversi momenti assistenziali (ospedale, hospice, assistenza residenziale, ambulatorio) al fine di garantire un'ideale presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative e nella rete di terapia del dolore.

La necessità di colmare eventuali lacune ha richiesto una puntuale definizione di elementi distintivi strutturali quantitativi e qualitativi che potessero, senza ambiguità, individuare le caratteristiche indispensabili affinché una struttura possa essere considerata a pieno titolo idonea. La definizione di criteri imprescindibili appare condizione necessaria per un reale sviluppo della rete assistenziale, sia nelle cure palliative, sia nella terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, pur non escludendo il diritto di ogni malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni precisi del paziente e della sua famiglia.

In particolare, infatti, la suddetta L. 38/2012 dispone all'articolo 8 che "[...] sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]".

Tali indicazioni riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 138 del 27 giugno 2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento

tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 113 del 20 marzo 2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

In ottemperanza a quanto previsto dalla L. 38/2010 e tenuto conto di quanto sopra esposto, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha approvato, nella seduta del 25 luglio 2012, l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".

In dettaglio, nell'Intesa in parola si legge che "[...] Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa esigenza è stato necessario costituire due reti nazionali specifiche così come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010 " [...] volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...] L'ambito di riferimento delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica necessita di strutture e percorsi specifici così come stabilito dalla legge 38/2010 che tiene conto dell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sottoscritto in data 27 giugno 2007 e del documento tecnico approvato in data 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La definizione della rete di assistenza della terapia del dolore nell'adulto ha richiesto un particolare impegno per la mancanza di riferimenti normativi precedenti che potessero indicare la direzione verso cui rivolgersi. La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. [...]"

Si prevede di dare attuazione alla Rete di Terapia del dolore, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. [...].

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

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

Si integrano nella rete tutte le attività specialistiche orientate alla diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie dolorose specifiche.

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

[...]

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

Struttura ambulatoriale. La struttura di livello spoke è preposta ad effettuare interventi diagnostici e terapeutici farmacologici, strumentali, chirurgici variamente integrati, finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone assistite in regime ambulatoriale. Garantisce la gestione del dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi.

Hub / Centro ospedaliero di terapia del dolore

La struttura di livello Hub è preposta ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, chirurgici, psicologici variamente integrati) finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone con dolore, in regime ambulatoriale, ricovero ordinario, di day hospital o attraverso modalità alternative previste dai vari ordinamenti regionali.

Garantisce la gestione del dolore, attraverso un approccio interdisciplinare per le patologie complesse, sia con team dedicati che con rete di consulenze.

Alla struttura Hub possono essere affidati i compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza.

La distribuzione sul territorio regionale degli Hub/ Centro Ospedaliero di terapia del dolore e Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree territoriali disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un Hub/ Centro Ospedaliero di terapia del dolore [...].”

La Regione Piemonte ha attuato, per prima, in Italia, le disposizioni della L. 38/2010: infatti, con D.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010, sono state istituite la Rete Regionale di Cure Palliative e la Rete regionale di Terapia del Dolore, e con successiva DGR n. 31-1482 del 11.02.2011 sono state definite la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Cure Palliative e della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore.

Le due Commissioni sopra citate hanno lavorato, sin dal loro insediamento, al fine di elaborare proposte all’Assessorato alla Sanità, per la concretizzazione dei dettami della Legge nazionale ed, in particolare, dall’approvazione dell’Intesa in parola, per l’attuazione di quanto disposto da quest’ultima, compatibilmente con il contesto normativo, economico e sociale della Regione Piemonte.

Per quanto riguarda le specifiche delle prestazioni erogate dai Centri Hub&Spoke, le loro modalità di funzionamento – nel pieno rispetto di quanto disposto dall’Intesa,– e facendo seguito alla riorganizzazione della Rete ospedaliera regionale, si prevede di approvare specifico provvedimento della Direzione Sanità, per l’indicazione di dettaglio delle stesse, con l’eventuale individuazione di Spokes di primo e di secondo livello, tenendo conto del fabbisogno e dell’offerta assistenziale, nelle singole realtà territoriali.

Per quanto riguarda, infine, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, si prevede l’approvazione di specifico provvedimento deliberativo per l’individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell’Intesa in parola come “un’aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]”. Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a “Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice”.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.

Obiettivo quantitativo

Estensione dell'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.

3) Costi connessi

Implementazione di risorse di personale dedicato nelle strutture ospedaliere e sul territorio

4) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

- (1) rapporto tra popolazione residente e strutture specialistiche
- (2) numero dei pazienti presi in carico con interventi antalgici come gestione globale (diagnosi, trattamento, follow up) e non in forma consulenziale (differenza tra struttura interna a servizio di anestesia e struttura autonoma)
- (3) numero dei programmi di didattica e ricerca in interazione Ospedale-Università
- (4) numero degli eventi formativi programmati sul territorio regionale
- 5) Numero di personale ospedaliero formato in terapia del dolore nel corso di 12 mesi
- 6) Numero di medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta formato in terapia del dolore nel corso di 12 mesi



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 8

Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore: Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali
Corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino
Referente Progetto: Gaetano Manna
email: gaetano.manna@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Sviluppo e Tutela del benessere e della salute organizzativa

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 8: €. 3.300.715,00
Durata progetto mesi pluriennale
Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013:
€. 1.200.715,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto regionale promuove la sperimentazione di un piano condiviso finalizzato a promuovere la salute organizzativa dell'Azienda ed avviare azioni di contrasto allo stress lavoro correlato, porgendo particolare attenzione al benessere fisico, psicologico e sociale di ciascun lavoratore.

2) Obiettivi

L'obiettivo principale del Laboratorio è la promozione della salute organizzativa attraverso la *sperimentazione di interventi e azioni mirate ad aumentare la partecipazione attiva* da parte di tutto il personale delle Aziende sanitarie alla vita organizzativa, cercando di contribuire, attraverso il miglioramento della vita lavorativa, ad una maggior qualità dei processi *sia per il personale dipendente che per i fruitori ultimi delle prestazioni.*

Obiettivo qualitativo

- favorire e migliorare i processi di sensibilizzazione di tutto il personale sulle tematiche connesse a salute organizzativa e al benessere psico-fisico nei luoghi di lavoro;
- implementare le azioni tese a:
 - prevenire burn-out, stress lavoro-correlato e disagi/malesseri derivanti dalla vita professionale,
 - rafforzare l'empowerment e la proattività individuale ed organizzativa,
 - migliorare la comunicazione interna intra e inter servizi,
 - facilitare i processi e le modalità di collaborazione tra le diverse professioni sanitarie, tecniche ed amministrative,
 - favorire lo sviluppo di un dialogo più efficace e di una razionale integrazione delle competenze fra loro complementari;

Obiettivo quantitativo

Esteso gradualmente a tutto il personale delle AASSRR e sperimentato, a livello nazionale

(prendendo come riferimento l'esperienza del Laboratorio FIASO) su 65.000 lavoratori della Sanità

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

I diversi percorsi formativi e/o le attività di ricerca sono articolati in durata variabile rapportata all'entità dell'azione di riferimento. Ad esempio annuale: rilevazione e analisi dei dati oggettivi dei rischi stress lavoro correlato; cicli formativi dalle 16 alle 32 ore sulla promozione della salute organizzativa, stili di leadership, gestione dell'errore, etc.

4) Costi connessi

Rapportati al Progetto e finalizzati alla sostenibilità dell'iniziativa, € 1.200.715,00

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto:

- Avvio del progetto e gestione dello stesso da parte dell'ASL CN 2 Alba-Bra, azienda capofila per le attività inerenti l'area dei percorsi di umanizzazione;
- Istituzione del gruppo di lavoro regionale e individuazione delle équipes aziendali che saranno il riferimento dei lavori a livello regionale;
- Coinvolgimento di circa il 10% annuo del personale sulle attività formative/informative e di sensibilizzazione.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 8

Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

REGIONE PIEMONTE

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche
per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato**

Direzione: Sanità
Settore: Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali
Corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino
Referente Progetto: Gaetano Manna
email: gaetano.manna@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Scuola di Umanizzazione della Medicina

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 8: €. 3.300.715,00
Durata progetto mesi pluriennale
Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013:
€. 800.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Nel corso dei suoi primi dieci anni di vita la Scuola di Umanizzazione ha proposto una pluralità di iniziative formative e di eventi informativi, intrecciando collaborazioni preziose con diverse Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del territorio nazionale e con la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino. Il lavoro della Scuola si è sempre più focalizzato su tre direttrici d'intervento riconosciute come strategiche: la formazione universitaria, la formazione professionale ed il rapporto di comunicazione tra Sanità e Opinione Pubblica

2) Obiettivi

Il progetto regionale ha lo scopo di promuovere e sviluppare lo studio dei rapporti fra salute e malattia, la formazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale, lo studio del modello e del ruolo dell'operatore sanitario nella prospettiva di una maggiore valorizzazione, nella sua formazione, degli aspetti etici, bioetici, umanistici, filosofico-morali che completino il profilo del suo saper fare e del suo essere, integrando e completando la formazione scientifica e tecnologica. Rientrano nelle finalità del progetto il rafforzamento degli elementi relazionali connessi al trattamento della malattia in modo da integrare prevenzione e cura, umanità e tecnologia.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

I diversi percorsi formativi e/o le attività di ricerca sono articolati in durata variabile rapportata all'entità del Progetto di riferimento.

Ad esempio: In corso convenzione biennale con la Scuola di Medicina Univ.TO

4) Costi connessi

rapportati al Progetto e finalizzati alla sostenibilità dell'iniziativa, € 800.000,00

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto:

- Avvio nel 2013 del percorso formativo coinvolgendo almeno due responsabili delle SC di Psicologia e OSRU di n. 10 AASSRR del Piemonte;
- Organizzazione di un seminario su Benessere e Salute Organizzativa da realizzarsi entro il mese di Gennaio 2014.
- Formare il restante numero di operatori delle AASSRR mancanti.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 8

Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore: Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali
Corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino
Referente Progetto: Gaetano Manna
email: gaetano.manna@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Riabilitazione cognitiva assistita al computer e on-line al domicilio del malato

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 8: €. 3.300.715,00
Durata progetto mesi pluriennale
Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013:
€. 1.300.000,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Il tentativo ambizioso, proposto con questo progetto, è rivolto alla diffusione di un software aderente sia alle esigenze della riabilitazione (facilità d'uso, flessibilità, accessibilità) con gli strumenti informatizzati più recenti, sia alla possibilità di mettere in rete e portare a domicilio del malato lo strumento riabilitativo.

2) Obiettivi

Il progetto consiste nella implementazione dell'attuale offerta diagnostica e terapeutica presente sul territorio a livello ambulatoriale attraverso l'attivazione di progetti individualizzati di riabilitazione

cognitiva che il malato possa effettuare a domicilio, con il costante monitoraggio degli operatori.

Elementi caratterizzanti del progetto sono:

- la **domiciliazione** di attività che abitualmente vengono svolte presso gli ambulatori sanitari;
- la **sincronizzazione** dei dati tra sanitario e malato attraverso internet e/o attraverso l'utilizzo di dispositivi più tradizionali (chiavetta USB, CD...). Il malato può svolgere gli esercizi direttamente da casa con modalità e tempi autogestiti ed inviare i risultati al sistema centrale degli ambulatori sanitari ai fini statistici e di analisi.
- la **comunicazione** interattiva tra utente e professionista in modo completamente trasparente per il malato (per es: mail automatica all'ambulatorio al termine degli esercizi assegnati al malato).

Obiettivo qualitativo

Offrire uno strumento efficace nella riabilitazione cognitiva delle patologie conseguenti le cerebrolesioni acquisite

Obiettivo quantitativo

Possibilità di intervenire efficacemente su una popolazione colpita, ad esempio, da ictus e traumi cranici, epidemiologicamente rilevante e tragicamente priva di adeguati strumenti di riabilitazione cognitiva; aggiunta alla possibilità di incrementare l'utilizzo domiciliare.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

i tempi sono raccordati alla programmazione aziendale e regionale, stimati comunque entro il 31.12.2015

4) Costi connessi

Di manutenzione ed implementazione di software e server

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto:

- Avvio del progetto regionale e istituzione del Gruppo di Lavoro regionale multidisciplinare con il compito di monitorare e valutare la sperimentazione su un gruppo di soggetti residenti nel territorio dell'ASL CN2;
- Valutazione del progetto e ampliamento sul territorio coinvolgendo gradualmente il resto della provincia di Cuneo e le province di Alessandria, Torino, Verbania, Biella, Novara e Vercelli.
- Coinvolgimento di almeno il 60% della popolazione affetta da esiti di ictus e traumi cranici quando il progetto sarà a regime con significativi risparmi sui costi inerenti la riabilitazione e aumento della efficacia delle cure nonché della qualità della vita dei pazienti e dei caregiver.

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 9

Interventi per l'implementazione della Rete nazionale malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari.

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

Referente Progetto:

Dott.ssa Raffaella Ferraris

email: raffaella.ferraris@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Promozione di rete nazionale per i tumori rari

- Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea Progettuale 9: € 4.538.484,00
- Durata del progetto: pluriennale
- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 3.173.484,00
- Spese stimate anno 2013: € 3.173.484,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Si definiscono TR le neoplasie maligne con un'incidenza < 5 casi /100000/anno. I TR sono da distinguere radicalmente dalle Malattie rare. Queste ultime infatti hanno una base genetica, si definiscono in base alla prevalenza e sono riconosciute ed elencate per legge.

Diversamente, i TR non hanno ancora un'identificazione precisa, ad eccezione della definizione sopra citata di incidenza, hanno differenti forme di raccolta e di classificazione (per sede anatomica o per istotipo) e importanti differenze per quanto riguarda le terapie.

Per accordo tra esperti, sono considerati rari i Tumori che globalmente hanno bassa incidenza (ad esempio i sarcomi dei tessuti molli) e non le situazioni rare di tumori frequenti (ad esempio i carcinomi a piccole cellule del polmone).

Nel nostro progetto si farà dunque riferimento a questa seconda situazione per non indurre confusioni di linguaggio e sovrapposizioni di progetti e di linee guida. La problematica dei TR è giunta alla ribalta a metà degli anni 90 del secolo scorso quando pochi ricercatori, focalizzando la loro attenzione su alcune neoplasie a bassa incidenza evidenziarono le pesanti problematiche di assistenza, di ricerca e di finanziamento che caratterizzano i TR.

1.0 Problematiche di assistenza.

I TR, proprio per la loro bassa incidenza, sono neoplasie poco conosciute dai clinici e quindi più esposte a ritardi diagnostici, errori di classificazione e di riconoscimento e approcci terapeutici inadeguati, se non sbagliati.

Proprio l'incertezza caratterizza tutto l'approccio metodologico ai TR. In molti casi, mancano infatti Linee Guide condivise di diagnosi e di terapia e pertanto ogni scelta o decisione deve essere valutata con esperti in materia e condivisa con il paziente e la famiglia.

L'approccio ai TR deve essere sempre multidisciplinare, in quanto non può esistere un unico esperto di tutti i TR e, soprattutto, il singolo specialista (radiologo, chirurgo, anatomopatologo, radioterapista ed oncologo) deve avere adeguata expertise in quello specifico TR.

Il caso clinico deve essere condiviso, soprattutto se di difficile interpretazione, con Gruppi Nazionali e Sovranazionali.

Ogni fase cruciale di diagnosi e di terapia di un TR va sempre discussa collegialmente.

Nel corso degli ultimi anni, proprio per ridurre l'incertezza della diagnosi e del trattamento, sono comparse Linee Guida sui TR validate a livello nazionale (AIOM) e internazionale (ESMO, NCCN).

Tali Linee Guida sono redatte da esperti riconosciuti della materia e danno indicazioni specifiche alle varie fasi di diagnosi e di terapia.

E' chiaro che tali Linee Guida non risolvono il singolo caso di TR riferito ad uno specifico paziente, ma danno precise indicazioni sulla metodologia da utilizzare.

2.0 Specificità nella ricerca

I TR hanno specificità anche nella ricerca scientifica. Infatti, la rarità dei casi rende inappropriato l'impiego delle metodologie di ricerca e statistiche dei tumori ad alta incidenza basate sulla numerosità del campione. Infatti, la classica metodologia adottata nei TR è quella Bayesiana, basata sulla variabilità.

Nei TR risulta ampiamente accettata la raccolta di singoli casi di una specifica neoplasia, sia per definirne la storia naturale, sia per chiarire al meglio lo sviluppo diagnostico e terapeutico di quel caso specifico.

Non è certo un ritorno ad una Medicina prescientifica, ma la valorizzazione del singolo caso clinico che può costituire esempio paradigmatico per successive esperienze. E' assiomatico che laddove sia possibile pianificare e sviluppare studi clinici prospettici e randomizzati, questa metodologia debba essere valorizzata al massimo, per giungere a chiarire aspetti che i singoli case report, o studi di fase II non sono in grado di affrontare o di valorizzare.

3.0 Supporto finanziario alla ricerca

La bassa incidenza dei TR e la difficoltà alla pianificazione di studi clinici rende poco attraente i TR per finanziamenti sia pubblici che privati.

L'industria farmaceutica investe poco nella ricerca di nuovi farmaci orientati sui TR poiché la possibilità di realizzare degli utili che compensino le spese di ricerca si concretizzano nell'arco di molti anni e la possibilità di non giungere ad un utile prima della scadenza del brevetto del farmaco è molto alta.

Per ovviare a tale situazione che sicuramente avrebbe creato disinteresse ai TR da parte dell'industria farmaceutica sia il Governo degli Stati Uniti che il Parlamento Europeo hanno promulgato la legge sui Farmaci Orfani, farmaci ideati e prodotti per neoplasie a bassa incidenza, che godono di una particolare tutela in termine di tassazione e di prolungamento del brevetto e dunque del monopolio prima di diventare farmaci generici.

4.0 L'azione della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta nei confronti dei TR.

La Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta fin dalla sua creazione ha avuto un occhio di riguardo nei confronti dei TR.

Questo interesse molto specifico fonda il suo essere su alcuni aspetti epidemiologici e scientifici della Regione Piemonte.

Tra gli aspetti epidemiologici ricordiamo che un tipico TR ha purtroppo trovato in Piemonte un'area geografica di specifica concentrazione.

Si tratta del mesotelioma pleurico che in Casale Monferrato e nell'area industriale automobilistica di Torino ha due zone di massima incidenza.

Relativamente all'aspetto scientifico preesistevano alla creazione della Rete, gruppi di ricerca riconosciuti a livello nazionale e internazionale che avevano nei TR un preciso obiettivo di investigazione.

In particolare: tumori neuroendocrini presso l'AOU San Luigi di Orbassano e l'AO Città della Salute e della Scienza di Torino; tumori delle surreni presso l'AOU San Luigi; tumori del SNC presso l'AO Città della Salute e della Scienza di Torino, sarcomi dei tessuti molli e dell'osso presso l'AO Città della Salute e della Scienza di Torino, il Gradenigo di Torino e l'IRCC di Candiolo; i GIST presso il Gradenigo e l'IRCC di Candiolo; il mesotelioma pleurico presso l'AOU San Luigi e l'Ospedale di Casale Monferrato (ASL AL).

Queste iniziative, nate spontaneamente - talune anche 30 anni orsono - hanno determinato la nascita di eccellenze, sia dal punto di vista assistenziale, sia scientifico.

Prima Regione in Italia, il Piemonte si è dotato di proprie Linee Guida per i Sarcomi dei Tessuti Molli dell'adulto, fin dal 2004.

In Piemonte, sono inoltre in corso revisioni di percorsi specifici per la diagnosi e la terapia di TR senza giungere alla elaborazione di nuove Linee Guida che, oltre ad essere di molto difficile stesura verrebbero a pletorizzare un campo già assai affollato da ottime Linee Guida Nazionali e Internazionali.

Sarà compito del Dipartimento definire in modo preciso quali siano le Linee Guida a cui fare riferimento, per evitare disarmonie tra i clinici del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Nel contempo, il Dipartimento ha avviato una Commissione di Lavoro sui TR che si ritrova periodicamente per definire gli obiettivi del lavoro su questo argomento e ha attivato una ricerca epidemiologica sui TR presso le Anatomie Patologiche per identificare in modo diretto le diagnosi di TR in Piemonte; inoltre, lo stesso Dipartimento ha messo a punto un sistema organizzativo che prevede, da parte di anatomopatologi esperti, la condivisione della diagnosi per i tumori a difficile caratterizzazione istopatologica (al momento sono attivi i gruppi per i sarcomi e per i tumori del sistema nervoso). E per la caratterizzazione molecolare delle neoplasie anche in vista di uno sviluppo coordinato di eventuali biobanche dei tessuti.

5.0 Sviluppo del progetto educativo online

Sono stati identificati tre Responsabili per ogni singola sottosezione di studio: sarcomi tessuti molli e dell'osso; tumori neuroendocrini e tumori del SNC.

Per ogni sottosezione si dovrà fare riferimento con chiarezza a quale Linea Guida ci si riferisca.

Saranno sviluppate brevi lezioni online da parte di Esperti della materia con tutti gli Specialisti coinvolti nell'argomento (ad esempio lezione "frontale" di circa cinque minuti sulla diagnostica anatomopatologica del singolo TR sul modello della Continuous education dell'ESMO). La lezione dovrà essere corredata da adeguata iconografia.

Al termine sessione di FAD con domande a scelta multipla. Solo il superamento della sessione in oggetto darà la facoltà di iscriversi alla sessione successiva.

Il corso sarà ECM, registrato regolarmente e porterà alla acquisizione del punteggio assegnato all'evento da parte della Autorità regolatoria.

Saranno previsti anche corsi itineranti da concordare con le SO di Oncologia delle Aziende Sanitarie, in modo da presentare il programma e il corso di aggiornamento.

Verranno coinvolti nell'organizzazione e nello sviluppo dell'iniziativa: il Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta, la COR come responsabili dell'evento, le SC e SS di Oncologia delle diverse Aziende Sanitarie, le sezioni regionali delle Società scientifiche (AIOM, SIRM, SIAPEC, AIRO, Società di Oncologia, le sedi universitarie di Torino e di Novara, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, gli Infermieri).

2) Obiettivi

Realizzazione di una rete regionale per la cura e lo studio dei tumori rari. In particolare:

- **Obiettivo qualitativo**

Diffusione della cultura sui TR concentrando inizialmente l'attenzione su tre aree scientifiche: sarcomi dei tessuti molli e dell'osso; tumori neuroendocrini, tumori del SN

L'iniziativa si svilupperà attraverso un corso online attraverso la metodologia di lezione esplicativa e successivo questionario basato sulla metodologia FAD con domande e risposte.

(Nella Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta esiste già un importante esempio di questo sistema didattico varato a fine 2012 con finalità di implementare la cultura sulla diagnosi e il trattamento delle metastasi ossee).

Incremento e monitoraggio della qualità dell'offerta assistenziale per i pazienti affetti da TR in regione Piemonte, tramite la raccolta dati e l'individuazione di centri di riferimento regionali per la cura di queste patologie.

- **Obiettivo quantitativo**

- 1) la registrazione sistematica dei TR visti in un anno presso la RTR; già cinque Aziende Sanitarie piemontesi fanno confluire e condividono casi clinici con la RTR (AO Città della Salute e della Scienza di Torino – presidio Molinette -, AOU San Luigi di orbassano, IRCC di Candiolo, Ospedale Gradenigo di Torino e AO di Alessandria)
- 2) La prosecuzione dei lavori di raccolta di casi clinici di TR, in modo da descriverne adeguatamente la storia naturale come già avviene con data base ad hoc per i sarcomi ORL, i tumori rari sarcomi del distretto urologico e i sarcomi dei tessuti molli degli arti.
- 3) La raccolta sistematica di tutti i referti istopatologici relativi ai tumori rari presso tutte le SO di anatomia patologica delle due Regioni, diagnosticati in 5 anni (2006-2011) per avere un quadro preciso dei numero dei casi e delle sedi dove avviene la diagnosi.
- 4) Il potenziamento del portale regionale relativo agli studi sui TR già disponibile

3) Costi connessi

Costo di gestione delle attività del Dipartimento di Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

4) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

1. numero di casi di pazienti che afferiscono ai centri di riferimento/numero di casi complessivi diagnosticati in Regione Piemonte
2. numero di operatori che aderiscono alla FAD/numero degli operatori bersaglio della formazione
3. numero di operatori che superano le verifiche della FAD/numero di operatori che si iscrivono
4. numero di referti reperiti presso le SO di Anatomia Patologica/numero delle SO di Anatomia Patologica attive in regione.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale: 9

Interventi per l'implementazione della Rete nazionale malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari.

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali
Corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino
Referente Progetto: Maria Maspoli
email: maria.maspoli@regione.piemonte

TITOLO PROGETTO:

Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - Estensione delle attività consortili alla Regione Valle d'Aosta estensione di nuovi PDTA e di corsi per gli operatori

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 9: € 4.538.484,00

Durata del progetto: annuale estensibile a 2 anni

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.365.000,00

Spese stimate anno 2013 € 1.365.000,00

Sintesi del contenuto del progetto:

Il progetto, presentato dalla regione Piemonte, congiuntamente con la regione Valle d'Aosta, con la quale dal 2008 esiste una rete rete interregionale siglata mediante apposite DGR, prevede:

1. il proseguimento delle attività di interazione con le regioni limitrofe e lo sviluppo di percorsi condivisi atti a migliorare l'assistenza e a ridurre la mobilità dei pazienti.
2. l'analisi dei dati provenienti dal registro delle malattie rare e dalle altre principali basi dati regionali al fine di valutare il reale percorso diagnostico assistenziale del paziente e l'utilizzo di risorse per la sua cura (con particolare attenzione alle spese farmaceutiche);

3. lo sviluppo, anche mediante il supporto delle attività consortili e dalle informazioni provenienti dall'analisi descritta al punto 2, di percorsi terapeutici ed assistenziali che, partendo dalle linee guida presenti, siano ottimizzati per la realtà regionale, ad includere la presa in carico territoriale e l'utilizzo di preparati farmaceutici galenici.

4. La diffusione capillare, sia mediante didattica tradizionale, che mediante metodiche innovative (didattica esperienziale, FAD) dei percorsi sviluppati dalle attività consortili.

5. La verifica del reale utilizzo dei percorsi diagnostico terapeutici da parte degli operatori sanitari mediante audit rivolti agli operatori stessi ed ai pazienti.

6. Il rinnovo del sito web della rete interregionale per fornire informazioni più mirate ai cittadini ed agli operatori.

Obiettivo qualitativo:

Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi □

Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera

Ulteriore implementazione di un sistema di datawarehouse regionale dedicato

alle malattie rare. □

Sviluppo di ulteriori PDTA condivisi sulle attività oggetto dei consorzi attivi: in particolare verranno sviluppati un PDTA per le amiloidosi sistemiche, un PDTA per la SEU atipica e le microangiopatie trombotiche, un PDTA per l'angioedema primitivo, un PDTA per le poliendocrinopatie autoimmuni, un PDTA per la transizione dall'età infantile all'età adulta.

Rinnovo del sito web delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta

Diffusione delle attività e dei prodotti i gruppi tecnici (ex consorzi) sul sito web della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta

Avvio di una fase sperimentale di somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici ad alto costo ed analisi dei costi e dei risparmi, sia diretti che indiretti derivati.

Obiettivo quantitativo:

Incremento del 4% delle attività di produzione galenica per le malattie rare da parte delle farmacie ospedaliere e miglioramento della rete di scambio.

- Realizzazione di almeno 5 PDTA.

3. Messa online dei PDTA sul sito www.malattierarepiemonte-vda.it.

Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi: 6 mesi dall'inizio del progetto

Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera: 3 mesi dall'inizio del progetto

Ulteriore implementazione di un sistema di datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare: 3 mesi dall'inizio del progetto

Sviluppo di ulteriori PDTA condivisi sulle attività oggetto dei consorzi attivi: in particolare verranno sviluppati un PDTA per le amiloidosi sistemiche, un PDTA per la SEU atipica e le microangiopatie trombotiche, un PDTA per l'angioedema primitivo, un PDTA per le poliendocrinopatie autoimmuni, un PDTA per la transizione dall'età infantile all'età adulta: 12 mesi dall'inizio del progetto

Rinnovo del sito web delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta: 3 mesi dall'inizio del progetto

Diffusione delle attività e dei prodotti i gruppi tecnici (ex consorzi) sul sito web della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta: 5 mesi dall'inizio del progetto

Avvio di una fase sperimentale di somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici ad alto costo ed analisi dei costi e dei risparmi, sia diretti che indiretti derivati: 9 mesi dall'inizio del progetto

Costi connessi

Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi: 150.000 euro

Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera: 300.000 euro

Ulteriore implementazione di un sistema di datawarehouse regionale dedicato

alle malattie rare: 100.000 euro

Sviluppo di ulteriori PDTA condivisi sulle attività oggetto dei consorzi attivi: in particolare verranno sviluppati un PDTA per le amiloidosi sistemiche, un PDTA per la SEU atipica e le microangiopatie trombotiche, un PDTA per l'angioedema primitivo, un PDTA per le poliendocrinopatie autoimmuni, un PDTA per la transizione dall'età infantile all'età adulta: 500.000 euro

Rinnovo del sito web delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta: 3 mesi dall'inizio del progetto: 100.000 euro

Diffusione delle attività e dei prodotti i gruppi tecnici (ex consorzi) sul sito web della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta: 15.000 euro

Avvio di una fase sperimentale di somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici ad alto costo ed analisi dei costi e dei risparmi, sia diretti che indiretti derivati: 9 mesi dall'inizio del progetto: 100.000 euro

Corsi dedicati e sviluppo di FAD: 100.000 euro

Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Realizzazione di almeno 5 PDTA.

Realizzazione di almeno 5 corsi ECM accreditati per la formazione di operatori

Messa online dei PDTA sul sito www.malattierarepiemonte-vda.it.

Incremento del 2% delle attività di produzione galenica per le malattie rare da parte delle
farmacie ospedaliere e miglioramento della rete di scambio.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 10

Tutela della maternità, percorso nascita, partoanalgesia

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referente Progetto: Maria Maspoli

e- mail:maria.maspoli@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 10: € 2.475.536,00

Durata progetto mesi 18

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 2.475.536,00

Sintesi del contenuto del progetto

Il Piano Sanitario Regionale 2012-2015 puntualizza l'impatto della continuità assistenziale sulla qualità delle prestazioni, auspicando la realizzazione di una rete sanitaria il cui modello organizzativo sviluppi e consolidi le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio, regolando il percorso verso le modalità assistenziali più adeguate.

Citando ancora testualmente il Piano Sanitario: "tra i dipartimenti funzionali assumono particolare valore quelli che consentono connessioni e continuità tra territorio e ospedale, quali ad esempio il "Dipartimento materno infantile", in considerazione della necessità di attuare le opportune sinergie tra ospedale e territorio nel percorso parto e nel pieno rispetto dei temi legati al "progetto obiettivo materno infantile".

Alla luce di quanto sopra emerge la necessità di individuare nuove strategie organizzative per aumentare il livello delle prestazioni diagnostiche consultoriali, al fine di maggiormente integrare le risorse territoriali con quelle ospedaliere anche nel settore dell'assistenza alle gravidanze a rischio.

Tale integrazione non può prescindere dalla condivisione di profili assistenziali elaborati congiuntamente sulla base delle evidenze scientifiche e delle disponibilità operative dei servizi coinvolti. L'introduzione di "profili assistenziali regionali condivisi" per l'assistenza integrata della gravidanza a rischio va ad integrare il profilo assistenziale alla gravidanza fisiologica di cui strumento cardine in Regione è la Agenda di Gravidanza che nella versione aggiornata al 2013 ha introdotto una sezione apposita per l' "Assistenza addizionale" . I profili assistenziali per le gravide a rischio descrivono i criteri clinici e le modalità organizzative per l'assistenza medica alle donne con situazioni che possono incidere negativamente sugli esiti della gravidanza. Per l'anno 2013 il progetto prevede la stesura e l'implementazione dei profili relativi a: ipertensione cronica in gravidanza, gravidanza gemellare biamniotica bicoriale non complicata, diabete mellito gestazionale, con l'obiettivo di ridurre gli esiti sfavorevoli materni e/o perinatali legati a queste patologie e di ottimizzare la collaborazione tra Consultori Familiari, Ambulatori *Specialistici pubblici e privati e Punti Nascita*.

Obiettivi qualitativo:

- Ottimizzare l'assistenza della gravidanza a rischio laddove non complicata, evitando di impegnare i servizi ospedalieri nella cura di patologie gestibili sul territorio
- Evitare una medicalizzazione indiscriminata delle gravidanze a rischio riducendo lo stress materno ed il costo sanitario
- Predisporre un corretto e tempestivo accesso alle cure ospedaliere in caso di gravidanze a rischio complicate riducendo il rischio di esiti materno fetali avversi
- Creare un percorso di ritorno "protetto" al territorio delle puerpere con patologie affinché si possa effettuare una efficace prevenzione dei danni alla salute a lungo termine (aborto ripetuto, diabete mellito, ipertensione, trombosi, prolasso genitale, incontinenza urinaria)

Obiettivi quantitativi:

- Predisposizione, sulla base della letteratura scientifica ed attraverso il confronto tra specialisti ospedalieri e territoriali, dei profili assistenziali relativi a: ipertensione cronica in gravidanza, gravidanza gemellare biamniotica bicoriale non complicata, diabete mellito gestazionale
- Diffusione ed implementazione dei profili stessi adeguandoli alle diverse realtà aziendali regionali
- Individuazione, in ogni DMI, di un referente territoriale e di un referente ospedaliero per la gestione integrata delle gravidanze a rischio
- Attivazione e gestione di un ambulatorio aziendale per la patologia della gravidanza e del puerperio, con l'integrazione di tutte le competenze disponibili a livello territoriale e ospedaliero
- Attuare percorsi di formazione interna e addestramento del personale dei servizi territoriali per potenziarne le competenze diagnostiche relative alle gravidanze a rischio
- Addestrare il personale ostetrico all' "ecografia office in ostetricia" in modo da recuperare tempo medico per le ecografie diagnostiche
- Stabilire incontri periodici di revisione dei casi e incontri di aggiornamento condiviso tra operatori di territorio e di ospedale

Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

- Stesura e diffusione dei profili assistenziali relativi a: 1) ipertensione cronica in gravidanza, 2) gravidanza gemellare biamniotica bicoriale non complicata, 3) diabete mellito gestazionale
- Relazione su audit dipartimentale annuale, sulla applicazione dei profili.
- Aumento del numero di gravidanze con gli elementi di rischio, contemplati nei profili assistenziali in oggetto, monitorate nei servizi consultoriali/ambulatoriali pubblici

- Aumento del numero di donne con elementi di rischio, contemplati nei profili assistenziali in oggetto che partoriscono in Punti Nascita adeguati al loro livello di rischio

Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

18 mesi



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 11

Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi sanitari Ospedalieri e Territoriali

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referente Progetto: Dott.ssa Maria Maspoli

email: maria.maspoli@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali

- Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea Progettuale 11: € 3.300.715,00
- Durata del progetto: pluriennale
- ▪ Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 3.300.715,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Si vuole offrire alle giovani donne per le quali è prevista una terapia potenzialmente dannosa sulla funzione riproduttiva la possibilità di raccogliere e conservare tessuto gonadico a fini riproduttivi.

Si intende attivare un gruppo di studio regionale, in cui siano rappresentate le diverse componenti sanitarie coinvolte: ginecologi, endocrinologi, oncologi, biologi della riproduzione, epidemiologi, psicologi e centro regionale trapianti.

Tale gruppo avrà il compito di:

- a) definire le patologie che danno origine al percorso di conservazione del tessuto gonadico o delle cellule germinali
- b) definire sul territorio regionale l'epidemiologia di tali patologie;
- c) indicare il percorso di presa in carico della paziente;

- d) Definire la rete dei centri che possono intercettare e a cui riferire sul territorio regionali le pazienti con tali patologie;
- e) Dotarsi di un sistema informativo per la raccolta e tracciabilità dei dati, che sia disponibile in modalità web-server a tutti gli snodi della rete
- f) Individuare le strutture di raccolta e conservazione del tessuto ovarico o di cellule germinali, indicando gli standard che occorre siano garantiti
- g) Programmare l'accreditamento e certificazione di qualità della biobanca
- h) Avviare un percorso di formazione per gli operatori della sanità coinvolti

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

1. Offrire un percorso omogeneo e condiviso per le giovani donne a rischio della funzione riproduttiva che potrebbero beneficiarsi della conservazione di tessuto gonadico o di cellule germinali

Non vi sono elementi di certezza che in Regione Piemonte per tutte le donne a rischio di "ovarian failure" per cause farmacologiche o terapeutiche siano offerte opzioni omogenee a riguardo.

Si vuole attivare un percorso in grado di:

1. intercettare tutte le donne che presentino queste necessità
2. offrire loro opzioni omogenee
3. attraverso una rete di professionisti che operano nelle strutture del SSR
4. con documenti e linee guida condivisi
5. in strutture qualificate
6. che possa contare su una struttura di conservazione adeguata e con standard di qualità

2. Allestimento di una biobanca dedicata

Presso il polo AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (CSS) è già in fase di progettazione una Biobanca di materiale Biologico, sostanzialmente però dedicata a scopi di diagnosi e non di terapia. Presso la stessa Azienda sono attive 5 delle 6 Banche di tessuto della Regione Piemonte, che hanno quasi tutte un compito anche di conservazione del materiale biologico di pertinenza a fini terapeutici. Anche per le banche di tessuto, è in fase di studio presso la AOU CSS un progetto di integrazione, al fine di migliorare la qualità e ridurre i costi.

La biobanca di riferimento per il tessuto ovarico e di cellule germinali è collocata presso il Presidio S. Anna.

Occorre con i diversi attori coinvolti condividere un piano di intervento che porti alla realizzazione di un unico polo di conservazione di materiale biologico sia a scopo diagnostico sia a scopo terapeutico presso AOU CSS che dia garanzia di qualità

Obiettivo quantitativo

Si intende avviare la procedura di conservazione di tessuto gonadico e cellule germinali per tutte le pazienti che ne abbiano indicazione

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

- 1 mese istituzione gruppo di lavoro regionale
- 4 dati epidemiologici disponibili
- 6 mesi allestimento di una linea guida e di un PDTA
- 6 mesi macroprogetto per la gestione informativa del percorso
- 8 mesi progetto integrato di biobanca
- 9 mesi avvio progetto di formazione
- 12 mesi avvio adeguamento strutturale e di attrezzature
- 15 mesi messa in rete dell'applicativo informativo
- 12-24 allestimento della Biobanca

4) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

1. realizzazione PDTA
2. Analisi epidemiologica
3. realizzazione di un software dedicato
4. realizzazione di una Biobanca
5. certificazione della Biobanca
6. 20% della stima di donne attese conservano il proprio tessuto (40% il secondo anno)



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale: 12

Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattia croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali

Corso Regina Margherita 153bis

10122 Torino

Referente Progetto: Maria Maspoli

email: maria.maspoli@regione.piemonte

TITOLO PROGETTO

Sviluppo e applicazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per i pazienti affetti da Cistite Intersiziale e della Bladder Pain syndrome

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 12: € 1.237.768,00

Durata progetto mesi 12

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.237.768,00

1) Sintesi del contenuto del progetto: La cistite interstiziale rappresenta una delle forme di Bladder Pain Syndrome (BPS), una relativamente nuova entità nosologica, caratterizzata principalmente dal sintomo dolore, che si inserisce nell'ambito del cosiddetto "dolore pelvico cronico". □

La definizione maggiormente accreditata indica la BPS come quella condizione clinica "persistente" caratterizzata dalla "presenza, da almeno 6 mesi, di un dolore pelvico percepito come riferibile alla vescica e che si accompagna ad almeno un sintomo minzionale, quali il persistente forte stimolo a mingere e la pollachiuria". Poichè numerose patologie note possono manifestare gli stessi sintomi presenti nella suddetta definizione, per poter porre la diagnosi di BPS, è implicito l'obbligo di escludere, attraverso un opportuno iter diagnostico strumentale le cosiddette "malattie confondenti". L'approfondimento diagnostico strumentale, come suggerito dall'ESSIC, consente, inoltre, di effettuare una vera e propria "classificazione / fenotipizzazione della BPS" in base all'aspetto cistoscopico ed istologico. Secondo tale Classificazione, in un sottogruppo di pazienti, è possibile riscontrare la presenza di aspetti endoscopici ed istologici specifici, anche se non

patognomici, che depongono per una infiammazione cronica della parete vescicale. In questo caso è giustificato parlare propriamente di CISTITE INTERSTIZIALE (IC). □

Gli studi epidemiologici per determinare la prevalenza della malattia nella popolazione, basandosi su metodi diversi, non permettono di ottenere delle stime attendibili circa la reale prevalenza della malattia. L'unico fattore di rischio accertato è rappresentato dal genere femminile con un rapporto F:M = 9:1. □La patologia insorge in media intorno ai 40 anni, anche se sempre più frequenti sono le diagnosi in età adolescenziale e giovanile. La crescente prevalenza ed incidenza della patologia, così come la diagnosi in età più precoce, deriva verosimilmente dalla maggiore attenzione con la quale, in ambito specialistico, la si sospetta e la si indaga. La patologia insorge solitamente in maniera subacuta per poi svilupparsi completamente nel giro di mesi o di pochi anni. Pur essendo una malattia cronica a carattere evolutivo non necessariamente si assiste ad un peggioramento progressivo. Esiste una variabilità sintomatologica che spazia da casi in cui la patologia si manifesta con sintomi modesti a quelli in cui il corteo sintomatologico è tale da incidere significativamente sulla qualità di vita sino a rendere la persona affetta inabile alle attività quotidiane. In genere il quadro clinico raggiunge lo stadio di maggiore intensità sintomatologica entro 5 anni dalla sua insorgenza.

La presa in carico dei pazienti richiede una valutazione multidisciplinare che includa non solo gli specialisti più tradizionalmente implicati nella presa in carico delle problematiche urogenitali, quali urologi e ginecologi, ma anche proctologi, sessuologi, psicologi, psichiatri, terapisti del dolore, etc. Gli approcci terapeutici devono di conseguenza essere integrati e non si possono basare solo su interventi di tipo chirurgico o farmacologico.

Obiettivo qualitativo

1. Realizzazione di un percorso diagnostico assistenziale condiviso fra operatori e pazienti

Obiettivo quantitativo

1. Stima della prevalenza della BPS in Piemonte e Valle d'Aosta
2. Monitoraggio dei costi diretti connessi alla presa in carico delle pazienti affette da BPS

Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

1. Realizzazione di un percorso diagnostico assistenziale condiviso fra operatori e pazienti: *9 mesi dall'inizio del progetto*
2. Valutazione dell'applicazione del PDTA: 15 mesi dall'inizio del progetto
3. Stima della prevalenza della BPS in Piemonte e Valle d'Aosta: 12 mesi dall'inizio del progetto
4. Monitoraggio dei costi diretti connessi alla presa in carico delle pazienti affette da BPS: *15 mesi dall'inizio del progetto*

Costi connessi: 1.237.768,00

Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

1. Sviluppo e diffusione mediante web, tramite le direzioni sanitarie e mediante convegni di un PDTA per la BPS
2. Pubblicazione via web o su rivista dei dati relativi alla stima della prevalenza della malattia e al monitoraggio dei costi.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale n. 13

Implementazione nazionale dei Centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore: Prevenzione e veterinaria
Via Lagrange 24 Torino
Referente del progetto:
Gianfranco Corgiat Loia
email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO DEL PROGETTO

Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 13: € 1.237.768,00
Durata progetto mesi 12
Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.237.768,00

Sintesi del contenuto del progetto

Con la DGR n. 8-8167 del 11 febbraio 2008 la Regione Piemonte ha recepito l'intesa Stato, Regioni e PP.AA. del 20 dicembre 2007: "Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da HPV in Italia"; e ha approvato il programma regionale di vaccinazione anti-hpv introducendo l'offerta attiva e gratuita tramite i servizi vaccinali del servizio sanitario regionale alle ragazze dodicenni a partire dalla coorte di nascita 1997. Con lo stesso provvedimento è stata decisa l'estensione dell'offerta attiva e gratuita delle vaccinazione anti HPV ad una ulteriore coorte di ragazze sedicenni a partire dalla coorte di nascita 1993.

Con la DGR n. 6-11554 del 8 giugno 2009 è stato successivamente approvato il Piano piemontese di Promozione delle Vaccinazioni (PPPV) che ha confermato la strategia di offerta della vaccinazione anti HPV allargata a due coorti di nascita.

Negli anni successivi sono state organizzate campagne di informazione alla popolazione e corsi di formazione a cascata per medici di medicina generale, pediatri, ginecologi delle ASL, ASO e presidi ospedalieri e, altri specifici, per gli operatori dei servizi vaccinali.

Con la nota 3309/DB2000 del 29 gennaio 2010 la Direzione regionale Sanità ha stabilito, a causa dell'emergenza pandemica, la sospensione temporanea della campagna di vaccinazione anti HPV provocando una rimodulazione della strategia d'offerta che ha determinato uno slittamento delle coorti le cui convocazioni sono state completate nel corso del 2013.

Con la nota 4658/DB2001 del 16 febbraio 2011 la Direzione regionale Sanità ha aggiornato il PPPV stabilendo la gratuità della vaccinazione per tutte le ragazze fino al compimento del diciottesimo anno di età.

Con la DGR n. 17-6183 del 29 luglio 2013 è stato approvato il PPPV per il triennio 2013-2015 che recepisce gli obiettivi del Piano nazionale di Prevenzione vaccinale (PNPV) confermando, per la vaccinazione anti HPV le strategie d'offerta sopra richiamate.

Con la nota 25697 /DB2017 del 12 novembre 2013 la Direzione regionale Sanità ha dato attuazione al PPPV 2013-2015 stabilendo, tra l'altro, la gratuità della vaccinazione anti HPV per tutte le coorti interessate dall'offerta attiva, indipendentemente dall'anno di nascita.

In considerazione del mancato raggiungimento dell'obiettivo di copertura stabilito dal PNPV il SeREMI dell'ASL AL ha organizzato, su incarico dell'ISS, un braccio piemontese del progetto Valore: valutazione locale e regione delle campagne di vaccinazione per HPV. L'indagine ha riguardato gli aspetti comunicativi e organizzativi delle campagne regionali di vaccinazione e sui motivi di mancata vaccinazione.

Alla luce dell'esperienza maturata e sulla base delle conoscenze derivate dalla letteratura scientifica l'obiettivo generale del progetto consiste in:

- Aumentare le coperture vaccinali per HPV nelle coorti delle dodicenni con miglioramento dell'accesso e ottimizzazione dell'offerta
- Aumentare le coperture vaccinali per HPV di tutte le coorti interessate dall'offerta attiva
- Aumentare le coperture vaccinali per HPV nei soggetti a maggior rischio
- Effettuare monitoraggio semestrale delle coperture vaccinali a livello di ex ASL, ASL e Regione

Con successiva D.G.R. n. 21-5705 del 23.04.2013 è stata approvata la modifica del programma regionale di screening oncologico, "Prevenzione Serena" per i tumori della cervice uterina, introducendo il test per la ricerca del DNA di Papilloma virus umano (HPV) come test primario per lo screening della cervice uterina per le donne 30-64 anni.

Il tumore della cervice uterina, infatti, è riconosciuto come totalmente attribuibile all'infezione da papillomavirus umano.

Oggi, le evidenze scientifiche internazionali dimostrano che uno screening con test clinicamente validati per il DNA di HPV oncogeni, effettuato ogni 5 anni, è più efficace dello screening basato sulla citologia, effettuato ogni tre anni ed assicura una maggior protezione e sicurezza nelle donne fra 30 e 64 anni. Contestualmente l'intervallo quinquennale, oltre a comportare un minor disagio per la popolazione femminile comporta, nell'arco di dieci anni, una riduzione dei costi del programma nell'ordine del 20%.

Gli stessi risultati di cui al paragrafo precedente sono emersi dagli esiti del Progetto Pilota coordinato dal Dipartimento Interaziendale di Prevenzione Secondaria dei Tumori di Torino, che dimostrano peraltro un aumento dell'adesione nelle donne invitate ad eseguire il test HPV.

Conforto sulle medesime conclusioni si evince anche dal "Documento di indirizzo sull'utilizzo dell'HPV DNA come test primario per lo screening del cancro del collo dell'utero", redatto dall'Osservatorio Nazionale Screening e trasmesso dal Ministero della Salute alle Regioni in data 14 gennaio 2013.

Obiettivi quantitativi e qualitativi che si intendono conseguire

Obiettivi del progetto di vaccinazione sono:

- Analisi delle tendenze e dei risultati dello studio Valore al fine di identificare possibili determinanti della scarsa adesione e per pianificare interventi mirati di promozione

- Valutazione delle procedure utilizzate dai servizi vaccinali della regione con particolare riferimento alle modalità di accesso e alla formazione degli operatori
- Verifica che in tutte le ASL venga effettuato almeno un sollecito a chi non si presenta
- Predisposizione di una apposita strategia di promozione dell'offerta nei gruppi a maggior rischio
- Corsi di formazione
- Distribuzione alla ASL del materiale informativo specifico

Obiettivo del progetto di aggiornamento del programma di screening è il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del programma regionale di prevenzione del tumore della cervice uterina.

Tempi entro i quali gli obiettivi si ritengono raggiungibili

Le azioni relative agli obiettivi indicati si intendono riferite all'intero arco dell'anno e verificabili nel corso del biennio, per quanto riguarda la campagna di vaccinazione; si prevede il limite temporale dei cinque anni per il programma di diagnosi precoce con test per HPV.

Costi connessi

€ 1.237.768,00

Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'investimento

proposto:

- Consolidamento della copertura nelle coorti delle dodicenni pari ad almeno il 65%
- Miglioramento della copertura nelle coorti interessate dall'offerta attiva
- Report semestrali su coperture vaccinali
- Partecipazione di operatori regionali ad almeno un'iniziativa
- Proposta di documento di promozione della vaccinazione anti HPV nei soggetti a maggior rischio
- detection rate di CIN2+ determinate istologicamente al round di screening di entrata. In presenza di una non inferiorità nel gruppo a gestione sperimentale si dimostrerà la sicurezza della stessa (potenza >80% per una differenza del 20% assumendo DR di 0.6% nel convenzionale).
- detection rate di CIN2+ determinate istologicamente a 30 anni. Se essa non sarà superiore nel gruppo a gestione sperimentale ciò confermerà la sua sicurezza.
- invio cumulativo a colposcopia tra 25 e 30 anni (incluso lo screening a 28 se fatto). Potenza >90% per una riduzione del 20% nel gruppo a gestione sperimentale assumendo il 9% di invio cumulativo nel convenzionale.
- detection rate cumulativa di CIN2+ tra 25 e 30 anni. Una riduzione nel braccio sperimentale dimostrerebbe una ridotta sopradiagnosi (Potenza 80% per una riduzione del 30% nel gruppo a gestione sperimentale assumendo 1,5% nel gruppo a gestione convenzionale).



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 14

Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali

Referente Progetto:

Dott.ssa Raffaella Ferraris

email: raffaella.ferraris@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Applicazione delle linee-guida diagnostico terapeutiche sui tumori dell'apparato genitale maschile (in particolare sul carcinoma della prostata)

- Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea Progettuale 14: € 1.237.768,00
- Durata del progetto: Continua
- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.237.768,00
- Spese stimate anno 2013: € 1.237.768,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

I fattori di rischio

I fattori di rischio per il tumore della prostata sono largamente sconosciuti.

I fattori meglio documentati sono:

- L'età e l'etnia: l'incidenza del tumore aumenta con l'età; il tumore è molto raro sotto i 50 anni, oltre questa età l'incidenza aumenta esponenzialmente. Negli USA, in tutte le fasce di età, l'incidenza è più alta tra gli uomini di etnia afro-americana.
- La storia familiare: gli studi epidemiologici riscontrano in maniera consistente un aumentato rischio in presenza di familiarità. Il rischio di sviluppare tumore è proporzionale al grado di

parentela, alla precocità dell'esordio e al numero di parenti con diagnosi [NCCN 2007]. Non si può peraltro escludere la possibilità di un "detection bias": gli individui con storia familiare di tumore alla prostata possono essere sottoposti a screening più precocemente e in maniera più aggressiva, e possono avere una più alta probabilità di un riscontro positivo data l'alta prevalenza di carcinomi prostatici latenti nella popolazione [Bostwick 2004]. Gli studi più recenti non evidenziano differenze significative fra le forme sporadiche e quelle familiari di carcinoma della prostata in termini di caratteristiche clinico-patologiche, risposta al trattamento e outcome.

Altri fattori di rischio sospetti sono:

-fattori dietetici: alcuni studi ecologici hanno suggerito che il carcinoma prostatico sia associato ad uno stile di vita occidentale e in particolare a diete ricche di grassi (soprattutto di origine animale), di carni e di latte e derivati. Una recente metanalisi di 10 studi di coorte prospettici (8 condotti negli USA e 2 in Europa) ha osservato che gli uomini con un più alto consumo di latticini e calcio avevano più probabilità di sviluppare un carcinoma della prostata rispetto agli uomini con più basso consumo; gli incrementi di rischio sono tuttavia bassi [Gao 2005]. Il ruolo di elevati livelli plasmatici di Insulin-like growth factor 1 [Grönberg 2003; Sabbatini 2009] non è ancora definito.

-fattori ormonali: gli androgeni svolgono un ruolo importante nello sviluppo della prostata normale e nel trattamento del carcinoma prostatico. Si è ipotizzato che elevati livelli di testosterone (e del suo metabolita Diidro-testosterone DHT) per tempi prolungati possano aumentare il rischio di carcinoma prostatico, ma gli studi non sono consistenti [Bostwick 2004].

altri fattori sono stati studiati con risultati inconsistenti o negativi: esposizioni ambientali e occupazionali (diossine), fumo di tabacco, consumo di alcool, vasectomia, attività fisica, attività sessuale, fattori socio-economici [Bostwick 2004].

Incidenza

In molti Paesi occidentali, il carcinoma della prostata è uno dei tumori più frequenti nel sesso maschile. In questi paesi si sono anche osservati incrementi notevoli dell'incidenza nel corso degli ultimi decenni.

Il RTP, che rileva l'incidenza di neoplasie maligne tra i residenti della città di Torino dal 1985, ha registrato nel corso degli ultimi 20 anni un incremento costante, di oltre 3 volte, del tasso di incidenza del carcinoma della prostata. Il tasso standardizzato sulla popolazione italiana (1981) (x 100.000 persone/anno) è passato da 29,3 nel 1985 a 101,3 nel 2005. Il rischio di avere una diagnosi di tumore della prostata aumenta notevolmente con l'età: il tasso (x 100.000) passa da circa 5, nella classe di età 45-49, a circa 800, nella classe 75-79 (dati RTP).

A livello regionale le stime del numero di nuovi casi diagnosticati per anno sono piuttosto instabili per il netto trend di aumento dell'incidenza; per il periodo più recente è verosimile che il numero sia intorno ai 4.800 nuovi casi all'anno [Inghelmann 2007].

Mortalità

Ogni anno in Italia muoiono circa 9.000 uomini per un tumore della prostata (circa l'8% sul totale dei deceduti). Nella popolazione maschile si tratta della terza causa di morte per tumore.

Sopravvivenza

I dati del RTP mostrano un progressivo incremento della sopravvivenza per questi pazienti nel corso degli ultimi anni. La sopravvivenza relativa a 5 anni è passata dal 52%, per i casi diagnosticati nel triennio 1985-1987, all'87% per i casi già del periodo 1997-1999.

Questo aumento di sopravvivenza, coerente con quanto rilevato a livello internazionale, viene attribuito in larga misura all'anticipazione diagnostica.

Prevalenza

La prevalenza di popolazione stimata per questo tipo di neoplasia tra i residenti a Torino si aggira intorno ai 1.030 casi per 100.000 uomini, pari a circa 4.000 casi; la prevalenza stimata su tutta la Regione è di circa 19.000 casi.

Andamenti temporali

La maggior parte dei Registri Tumori nei paesi occidentali ha rilevato per il carcinoma prostatico andamenti temporali simili a quelli del Registro Tumori Piemonte, caratterizzati da notevoli aumenti dell'incidenza, incrementi di sopravvivenza e sostanziale stabilità della mortalità.

In particolare, il rapporto tra incidenza e mortalità sta incrementando e ha raggiunto valori di circa 7-8 volte. Dai dati pubblicati dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT), il rischio di avere una diagnosi di tumore della prostata nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è 62 per 1.000 (1 caso

ogni 16 uomini) mentre il rischio di morire per questa neoplasia è 8,2 per 1.000 [AIRT Working Group 2006].

La principale ragione di questi fenomeni è attribuibile ad una forte anticipazione diagnostica nel corso degli ultimi decenni, dovuta ad un progressivo allargamento dell'uso del test con PSA anche a uomini di età più giovane, con quote crescenti di lesioni diagnosticate a lenta evoluzione (probabilmente destinate a restare silenti se non fossero state identificate attraverso il test). Diversi studi autoptici hanno peraltro dimostrato l'elevata frequenza in uomini deceduti per altra causa, in particolare oltre 70 anni, di un reperto

istologico autoptico di carcinoma prostatico. [Sakr 1994; Soos 2005; Yin 2008]

Una delle conseguenze di questo incremento di sensibilità diagnostica a livello di popolazione è il possibile sovratrattamento delle lesioni a basso rischio di evoluzione. I dati disponibili a livello regionale sui trattamenti sono in linea con questa ipotesi

Principali criticità cliniche ed organizzative

Il carcinoma della prostata rappresenta un problema oncologico e di sanità pubblica importante; esso è la terza causa di morte per tumore tra gli uomini. La sua incidenza è in continuo aumento, in Italia come in molte altre parti del mondo, pur se la mortalità per tumore della prostata rimane sostanzialmente stabile nel tempo. Questo fenomeno, almeno nei Paesi industrializzati, è principalmente la conseguenza di una maggiore diffusione delle informazioni sul tumore che ha portato ad una diffusa pratica di screening opportunistico in assenza di studi che ne abbiano chiaramente dimostrato l'efficacia.

Ciò ha avuto diverse implicazioni negative, in primo luogo quello di una sovradiagnosi del tumore, ovvero l'individuazione di una cospicua quota di tumori che, in assenza di screening, non sarebbero mai diventati clinicamente evidenti e che quindi non avrebbero mai portato a morte il soggetto (carcinomi "latenti").

La conseguenza di questa sovradiagnosi è quasi sempre il sovratrattamento dei pazienti; i trattamenti più spesso proposti (prostatectomia radicale, radioterapia, ormonoterapia), oltre ad avere costi rilevanti, si accompagnano spesso ad importanti effetti collaterali, che possono compromettere pesantemente la qualità di vita del paziente.

Peraltro, le principali opzioni per il trattamento del carcinoma della prostata sono state molto raramente confrontate tra loro con studi sperimentali di disegno e dimensioni adeguate.

Alcuni tra i numerosi problemi e quesiti clinico-organizzativi che il Servizio Sanitario Regionale deve affrontare relativamente al carcinoma della prostata sono i seguenti:

- è opportuna l'introduzione a livello regionale di un programma di screening (di popolazione o su base individuale) per la diagnosi precoce del tumore della prostata?

-Che tipo di informazione deve essere fornita ai soggetti che richiedono di eseguire un test di screening con PSA?

-In considerazione dei risultati preliminari degli studi in corso sull'efficacia dello screening, come è possibile contenere gli effetti della sovradiagnosi e dei trattamenti evitabili?

-Come garantire ai soggetti con diagnosi di carcinoma della prostata un'adeguata stadiazione e valutazione generale, ed un reale coinvolgimento attraverso un'informazione equilibrata sui vantaggi e sui rischi delle diverse opzioni terapeutiche?

- Come incrementare la quota di pazienti gestiti con un approccio attendista e conservativo, quando questa opzione è considerata appropriata?

-Come aumentare la quota di questi pazienti gestiti all'interno della Rete Oncologica in modo da assicurare maggiore appropriatezza e continuità dell'assistenza?

La letteratura su alcuni di questi temi è scarsa o assente; su alcune questioni è abbondante ma non conclusiva. Ancora più che per altre neoplasie, dunque, per il tumore della prostata assume particolare importanza il coinvolgimento attivo del paziente nelle possibili scelte di ogni fase dell'iter diagnostico/terapeutico; il paziente che si rivolge a strutture del SSR (dal Medico di famiglia allo specialista) deve poter trovare adeguate e coerenti informazioni che lo aiutino a prendere parte attiva nelle scelte che gli si presentano.

La Regione Piemonte ha promulgato sin dal 2009 le linee guida diagnostico-terapeutiche per il carcinoma della prostata.

Il progetto in parola prevede la distribuzione ed il monitoraggio dell'applicazione delle linee guida su tutto il territorio piemontese

2) Obiettivi

Obiettivi qualitativi

- diffondere informazioni corrette ed obiettive tra i medici ed i cittadini sulle attuali incertezze relative all'utilità del test con PSA usato a fini di screening e sulle problematiche cliniche, psicologiche e medico-legali conseguenti al riscontro di valori considerati alterati;
- ridurre la variabilità non giustificata dei percorsi diagnostico-terapeutici e aumentare la quota di pazienti presi in carico precocemente dalla Rete Oncologica;
- migliorare la comunicazione tra i diversi attori coinvolti nel processo assistenziale, attraverso la standardizzazione e condivisione di concetti, strumenti e soluzioni organizzative;
- garantire ai soggetti con diagnosi di carcinoma della prostata l'opportunità di un'informazione completa ed equilibrata sulle diverse opzioni terapeutiche proponibili, incluse, quando appropriate, forme di sorveglianza più o meno strette;
- assicurare la continuità dell'assistenza, soprattutto quando l'evoluzione delle condizioni cliniche richiede l'affidamento del paziente ad altri specialisti o strutture;
- stimolare progetti di ricerca collaborativa tra le strutture della Rete Oncologica che si occupano di carcinomi della prostata su quesiti rilevanti e coerenti con gli obiettivi di miglioramento della qualità dell'assistenza su scala regionale

Obiettivo quantitativo

Estensione dell'applicazione delle linee guida su tutto il territorio regionale.

3) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

- numero di esami del PSA/numero di pazienti con diagnosi conclamata di carcinoma prostatico/anno
- numero di pazienti con diagnosi di carcinoma della prostata/numero di prostatectomie radicali/anno
- numero di pazienti con diagnosi di carcinoma della prostata /numero di pazienti sottoposti a sorveglianza attiva e/o vigile attesa/anno
- numero di pazienti con diagnosi di carcinoma della prostata/numero di pazienti sottoposti a radioterapia esterna (EBRT) o intraprostatica (brachiterapia)/anno
- numero di pazienti con diagnosi di carcinoma della prostata/numero di pazienti sottoposti ad l'ormonoterapia (deprivazione androgenica)/anno



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 15

Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit di Attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive nell'infanzia e nell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di Riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore: Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Territoriali
Corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino
Referente Progetto: Maria Maspoli
email: maria.maspoli@regione.piemonte

TITOLO PROGETTO:

Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR, per le seguenti patologie:

- ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
- AUTISMO
- DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 15: € 3.300.715,00

Durata progetto mesi : pluriennale

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 3.300.715,00

Sintesi del contenuto del progetto:

- ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Il Disturbo da Deficit d'Attenzione con Iperattività (ADHD) è un disturbo neurobiologico cronico ad esordio nell'infanzia, caratterizzato da Inattenzione, impulsività e iperattività motori, presenti in più contesti, che compromette le tappe dello sviluppo e l'integrazione sociale dei soggetti. Presenta la massima prevalenza in età scolare ma tende a persistere in adolescenza e nell'età adulta nel 50-60% dei casi. La sua prevalenza si attesta tra il 3 e il 5 % della popolazione in età scolare, con una stima dell'1-2% per le forme particolarmente gravi. Nel 70-80% dei casi è presente una comorbidità con un altro o altri disturbi (disturbo oppositivo-provocatorio, i disturbi del comportamento e della condotta, i disturbi d'ansia, i disturbi specifici dell'apprendimento, il disturbo ossessivo compulsivo, i tic, i disturbi bipolari). Il che aggrava la sintomatologia di entrambi i disturbi e rende complessa sia la diagnosi che la terapia. L'assessment funzionale si avvale della somministrazione di specifiche scale di valutazione (rating scales) per definire il livello cognitivo e l'adeguatezza delle funzioni esecutive (attenzione, concentrazione, memoria, capacità di programmazione e di problem solving). Il trattamento utilizza interventi multimodali e per i casi di difficile risoluzione terapia farmacologiche con l'utilizzo di psicostimolanti. Laddove è necessaria una terapia farmacologica, per garantire accuratezza e appropriatezza terapeutica, per tutelare la prescrizione e per prevenire un uso incongruo/abuso dei farmaci, è stato istituito un Registro Nazionale presso l'ISS al quale specifici Centri di Riferimento debbono far pervenire tutti i dati clinico anamnestici dei soggetti in terapia. La Regione Piemonte con DGR n.4-8716 del 5.5.2008 ha individuato 7 Centri di Riferimento di NPI collocate presso le AO OIRM/S. Anna di Torino, Maggiore della Carità di Novara, Ospedale C Arrigo di Alessandria e presso le ASL TO1, TO3, CN1 e NO. Con D.D. n.10 del 20.1.2009 ha poi definito la competenza di ciascun centro di riferimento rispetto alle strutture territoriali di appartenenza, i criteri utili a garantire l'operatività dei centri e ha normato le procedure attuative del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Perché tale percorso rispecchi i criteri che lo hanno ispirato, appare fondamentale che tutto il network organizzativo gestionale sia funzionale e possa rispondere adeguatamente e con soddisfazione alle necessità e ai bisogni di cura dei soggetti ADHD e delle loro famiglie, senza costituire un aggravio né un dispendio di risorse per i servizi.

□ **AUTISMO:**

Gli interventi a favore dei minori con autismo vengono garantiti nella Regione Piemonte dalla rete di servizi di NPI, con la collaborazione dei servizi di Psicologia e di quelli di Riabilitazione Funzionale. Della rete fanno inoltre parte gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali e la scuola: quest'ultima rappresenta nella realtà italiana, che prevede l'integrazione scolastica degli alunni disabili, un'importante risorsa per i bambini con autismo, nella misura in cui i progetti educativi individualizzati prevedono l'uso di strategie educative validate e la collaborazione con i servizi socio-sanitari e con le famiglie. Con la Raccomandazione regionale "Programma di Governo clinico sull'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della Regione Piemonte", del 20/4/2009, si è avviato un processo utile a dare massima priorità alla diagnosi precoce ed agli interventi abilitativi tempestivi, intensivi e strutturati che modulino gli approcci psicoeducativi alle esigenze individuali e che siano basati su metodologie scientificamente validate con la collaborazione della scuola e della famiglia, come previsto da tutte le linee guida internazionali sull'autismo. Con tale documento sono state definite procedure e modalità di lavoro in rete, finalizzate ad assicurare una diagnosi accurata e precoce nonché una corretta valutazione funzionale, premessa indispensabile per un appropriato orientamento dei trattamenti. A garantire l'attuazione delle procedure e delle modalità di lavoro previste dal documento regionale e del relativo monitoraggio è stato istituito il Coordinamento Regionale per l'Autismo e i disturbi pervasivi dello sviluppo. Il recente monitoraggio effettuato dal Coordinamento suddetto, che ha fatto il punto sull'applicazione della Raccomandazione regionale nei servizi sanitari delle ASL e ASO della Regione, se da un lato ha evidenziato una maggiore attenzione al tema dell'autismo, dall'altro ha confermato che la rete dei servizi è solo parzialmente in grado di garantire il trattamento.

Emerge, infatti, che la Raccomandazione del 2009 ha avuto come conseguenza l'individuazione in tutte le ASL di operatori che si occupano in modo più specifico di autismo e che hanno seguito corsi regionali sull'argomento.

Il numero e le ore dedicate da questi operatori, però, sono ancora molto variabili da un territorio all'altro e sono quasi assenti gli educatori

L'Accordo Stato-Regioni del 22/11/2012 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", indica specificamente la creazione di una rete coordinata di intervento, che si snodi lungo il percorso esistenziale della persona con autismo e che garantisca un approccio multi professionale, interdisciplinare ed età specifico, quale strumento indispensabile per poter affrontare la complessità ed eterogeneità delle sindromi autistiche, nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Con D.G.R. n. 22-7178 del 3/3/14 La Regione Piemonte ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 22.11.2012 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico".

La suddetta DGR ha altresì individuato il Centro Pilota regionale per l'età adulta con l'obiettivo di condurre un percorso consulenziale e di orientamento per i DSM regionali.

□ **DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO**

La legge 170/2010, "Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico" riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento. La diagnosi di DSA e' effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici del S.S.N.

L'accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 fornisce specifiche "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento".

La D.G.R. n. 16-7072 del 4/2/2014 recepisce l'accordo Stato/Regioni e approva lo schema di protocollo di intesa con l'Ufficio Scolastico regionale. La suddetta DGR ha stabilito di istituire, in ogni ASL il Gruppo Disturbi Specifici di Apprendimento (GDSAp) deputato alla gestione del percorso diagnostico; ha dato mandato alla Direzione Sanità di adottare con successivi atti la definizione del percorso diagnostico omogeneo per tutto il territorio regionale.

Alla luce di tale normativa si rende necessario individuare percorsi, prassi normative e centri di riferimento per la Diagnosi e cura dei pazienti affetti da DSA e disturbi del Linguaggio.

Risulta pertanto necessario individuare prassi operative, e centri di riferimento per tali disturbi

I Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle A.S.R. in quanto strutture multidisciplinari sono le strutture preposte all'attivazione dei percorsi specifici.

Obiettivi:

□ **ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO**

- Valutare l'efficacia e l'efficienza delle procedure e del modello operativo in risposta ai bisogni di salute e di miglioramento psicosociale del bambino ADHD e della sua famiglia. Valutare la congruità delle richieste di farmacoterapia da parte dei centri territoriali anche in relazione al percorso diagnostico effettuato in precedenza. Valutare gli indicatori forti ed i principali vincoli per discriminare l'efficacia del network e dell'integrazione fra i servizi

- Definire Indirizzi clinico-organizzativi per la diagnosi e il trattamento del disturbo da deficit dell'attività e dell'attenzione in età evolutiva su tutto il territorio regionale anche attraverso l'utilizzo di un protocollo unico ed univoco.
- **AUTISMO**
- La rete dei servizi sanitari per l'età evolutiva deve concorrere, al raggiungimento dei seguenti obiettivi :
- diagnosi precoce e costruzione del progetto terapeutico e psico-educativo: vi sono patologie, quali l'autismo, che richiedono processi diagnostici precoci in quanto l'evoluzione della patologia medesima dipende dal tipo di interventi abilitativi attivati già nella primissima infanzia e dalla messa in atto di precise metodologie basate sull'evidenza scientifica;
 - valutazione bio-psico-sociale secondo la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF);
 - impiego di metodi e strumenti basati sulle Linee Guida nazionali ed internazionali che offrono le migliori evidenze scientifiche disponibili, nell'ambito di interventi individualizzati e costantemente valutabili nella loro efficacia;
 - definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici in un'ottica di appropriatezza, finalizzati ad assicurare una presa in carico globale, in rete con tutti i servizi coinvolti, e continua della persona e della sua famiglia, garantendo l'equità di accesso e di trattamento delle persone che necessitano di prestazioni di cura e di assistenza.
 - definizione protocollo diagnostico omogeneo a livello regionale, dando mandato al settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali, della Direzione Sanità, competente in materia di aggiornare, con il supporto del Coordinamento per l'autismo, le raccomandazioni del 2009.
 - valutazione del percorso regionale ed aziendale attraverso il flusso informativo NPINet con la definizione di indicatori;
 - Al fine di raggiungere tali obiettivi, così come previsto dalla DGR 22-7178 verranno individuate in ogni ASR uno o più nuclei di operatori formati, definito "Nucleo DPS (Disturbi pervasivi dello sviluppo)". il Nucleo DPS si integra con il GDM (Gruppo Disabilità Minori) cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità. I servizi sociali, dell'educazione/istruzione/formazione e del lavoro concorrono alla definizione del profilo di funzionamento completo definito dalla DGR n. 15-6181 del 29.07.2013, che fornisce indicazioni per l'individuazione dell'alunno/studente come soggetto in situazione di handicap.
- **DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO**
- Individuazione di precise prassi operative per la diagnosi e cura dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento con individuazione di percorsi, testistica e regole normative omogenee

Obiettivo qualitativo

Rendere omogenei e facilmente fruibili a livello regionale i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per i seguenti disturbi: ADHD e disturbi del comportamento; disturbi del linguaggio e disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).

Definizione di percorsi diagnostici e di trattamento omogenei sul territorio regionale in riferimento al Disturbo Pervasivo dello Sviluppo e all'Autismo

Definizione di prassi diagnostiche e di presa in carico organiche ed uniche sul territorio regionale.

Definizione di linee guida regionali per la diagnosi e cura dell'ADHD.

Obiettivo quantitativo

Istituzione in ogni ASL della Regione del Gruppo Disabilità Minori (GDM), cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità, come previsto dalla DGR n. 15-

6181 del 29 luglio 2013 istituzione in ogni ASR del il Nucleo DPS, composto da tutti gli operatori di riferimento per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale che potranno avvalersi anche della competenza dei centri ubicati presso le Aziende ASL CN1 - Centro Autismo e Sindrome di Asperger dell'Ospedale di Mondovì, AOU Città della Salute di Torino - SCU di Neuropsichiatria Infantile OIRM S. Anna, in collaborazione con l'ASL TO1, AO di Alessandria e AOU di Novara - S.C. Neuropsichiatria Infantile, come previsto dalla DGR 22-7179-8 del 3 marzo 2014 Istituzione, in ogni ASL della Regione del Gruppo Disturbi Specifici di Apprendimento (GDSAp) deputato alla gestione del percorso diagnostico nei tempi stabiliti dai provvedimenti nazionali e regionale in materia, come previsto dalla DGR n. 16-7072 del 4 febbraio 2014.

Consolidamento dell'attività dei Centri di Riferimento regionali per diagnosi ed il trattamento dell'ADHD

Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Pluriennale

Costi connessi

€ 3.300.715,00

Indicatori preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto.

- Numero minori di quattro anni diagnosticati con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico (indicatore di diagnosi precoce) e confronto con gli anni precedenti
- Numero di ASR che attivano i Nuclei DPS
- Numero di minori in carico ai servizi con diagnosi di Disturbi dello spettro autistico e confronto con gli anni precedenti attraverso il sistema informativo NPI.NET
- Numero di minori in carico ai servizi con diagnosi ADHD e confronto con gli anni precedenti attraverso il sistema informativo NPI.NET
- Numero di minori in carico ai servizi con diagnosi di disturbi del linguaggio e disturbi specifici dell'apprendimento e confronto con gli anni precedenti attraverso il sistema informativo NPI.NET
- Pubblicazione dei dati epidemiologici e di monitoraggio dei minori diagnosticati e in carico ai servizi con diagnosi di disturbo del linguaggio, disturbo specifico dell'apprendimento, disturbi dello spettro autistico e ADHD



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 16

Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino
Referente Progetto: Dott.ssa Mirella Angaramo
email: mirella.angaramo@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Programma regionale Sicurezza e Rischio Clinico

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 16: € 8.251.789,00
Durata progetto: in parte legata al PP.OO. 2013/15, in parte attività istituzionale continuativa
Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 8.251.789,00

1) SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

A partire dalla deliberazione n. 14-8500 del 31.03.2008 la Giunta regionale ha fornito alle Aziende Sanitarie Regionali indicazioni per la gestione del rischio clinico richiedendo alle ASR di organizzare una funzione permanente dedicata al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure mediante un approccio gestionale globale della sicurezza che comprende, e tende ad integrare, sia gli aspetti statici (strutturali) e dinamici (organizzativi), sia le modalità di controllo degli eventi avversi (connessi a farmaci, dispositivi medici, complicazioni post chirurgiche, infezioni nosocomiali, ecc...). Il monitoraggio condotto nell'anno 2013 ha evidenziato che l'attuale configurazione, a livello aziendale, della funzione di gestione del rischio clinico prevede, in talune ASR, l'attivazione di specifici gruppi multiprofessionali e multidisciplinari denominati Unità di

Gestione del Rischio Clinico (U.G.R.C.); in altre ASR è stata invece costituita apposita Struttura aziendale dedicata.

Il PP.OO. 2013-2015, approvato con DGR n. 25-6992 del 30.12.2013 recante “Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell’art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012”, ha definito, nell’ambito del Programma 18 titolato “Sicurezza e rischio clinico”, specifiche attività progettuali per l’analisi e la successiva implementazione di sistemi di monitoraggio delle condizioni che favoriscono l’accadere degli eventi avversi.

Fra i progetti tematici definiti nell’ambito del Programma Operativo 18. vi sono azioni finalizzate all’implementazione di campagne per la sicurezza del paziente, con particolare riguardo alle tematiche della prevenzione delle cadute nelle strutture di ricovero, della sicurezza in sala operatoria, della sicurezza del percorso di prescrizione e somministrazione dei farmaci, dell’emergenza
intraospedaliera.

Il progetto tematico “Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie” è finalizzato alla riduzione delle cadute dei pazienti ricoverati; le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e possono determinare conseguenze dannose, immediate e tardive, anche gravi. Il progetto di cui trattasi si propone di realizzare nel periodo 2013-2015 le attività che sono di seguito sintetizzate:

- stesura di un glossario unico regionale per definire la terminologia univoca da adottare su cadute ed eventi sentinella e l’individuazione di alcuni indicatori di risultato per consentire confronti tra realtà aziendali diverse;
- per la prevenzione del rischio cadute da condizioni personali: definizione strumento di rilevazione, valutazione del rischio caduta e monitoraggio delle misure correttive attuate anche mediante scala di valutazione e monitoraggio pazienti in terapia;
- per la prevenzione del rischio cadute da condizioni ambientali: individuazione e monitoraggio delle criticità strutturali e di funzionamento e responsabilizzazione dei servizi preposti alla manutenzione, pulizia, ecc.;
- per la prevenzione del rischio cadute da carenza informativa: predisposizione di opuscoli tipo per gli utenti e informazione ai pazienti e ai famigliari che prestano loro assistenza sui rischi derivanti comportamenti non idonei in relazione allo stato di salute.

Il progetto tematico “Sicurezza in sala operatoria” si pone come obiettivo quello di fronteggiare il rischio legato all’attività chirurgica e si inserisce nell’ambito della campagna lanciata nel 2007 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità e ripresa dal Ministero della Salute nel 2009 con il “Manuale per la sicurezza in sala operatoria”. La chirurgia, che è parte integrante del processo di cura – in Italia il 40,6% dei ricoveri ospedalieri per acuti è legato ad attività chirurgica – benchè spesso salvavita, è correlata ad un rischio considerevole di complicanze maggiori, tra cui la morte, la cui incidenza varia dal 0,4% al 0,8%. Il progetto si pone l’obiettivo di elaborare un documento che definisca gli standard minimi di tutte le check list in uso nelle aziende piemontesi e le relative modalità di verifica nonché di attivare sistemi di valutazione dell’attività in sala operatoria anche mediante l’utilizzo di indicatori per la misurazione della mortalità a 24 ore, a 30 giorni e delle infezioni del sito chirurgico.

Il progetto tematico “Scheda unica di terapia” si pone l’obiettivo contrastare gli errori di terapia attraverso l’elaborazione di un modello di scheda unica di terapia regionale – di possibile informatizzazione – da adottare nelle ASR piemontesi. Attraverso uno strumento di comunicazione interna che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico del paziente ricoverato è in fatti possibile far fronte a problemi di comunicazione che rappresentano la prima causa degli errori di terapia.

Il programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica mira a fornire agli operatori sanitari coinvolti, a vari livelli, nel processo di gestione del farmaco, linee di indirizzo per prevenire il verificarsi degli eventi sentinella, con particolare riguardo a quelli correlati all'impiego di farmaci ad alto rischio o ad elevato livello di attenzione.

Il programma regionale per l'emergenza intraospedaliera scaturisce dalla consapevolezza e dalle evidenze scientifiche disponibili che negli ospedali è possibile, molte volte, prevenire gli arresti cardiaci, ridurre l'incidenza di gravi eventi avversi, ridurre i ricoveri inattesi e/o inappropriati in Terapia Intensiva e di conseguenza le morti evitabili. Il programma si propone di migliorare l'organizzazione di risposta alle emergenze cliniche intraospedaliere (Rapid Response System) attraverso l'avvio a regime della raccolta dei dati degli arresti cardiaci con implementazione e aggiornamento dei piani aziendali nonché riduzione dei tempi di attivazione e di risposta del Medical Emergency Team (MET).

Nell'ambito dei progetti tematici di cui sopra sono stati effettuati, nel corso del 2013, svariati interventi formativi rivolti al personale coinvolto nel tema specifico in oggetto (medici, infermieri, tecnici, etc).

Nell'ambito del rischio clinico, risulta altresì correlata al programma regionale, la realizzazione, sia a livello regionale che aziendale, di audit clinici finalizzati al miglioramento continuo della qualità. L'audit clinico, in particolare, inteso come revisione strutturata tra pari delle modalità e degli esiti di una o più attività, è stato implementato quale metodo di Governance. In particolare sono stati promossi percorsi di formazione per la diffusione dello strumento ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza (*audit clinico-assistenziale*) con preparazione specifica di *auditor* interni e/o *facilitatori* della riprogettazione; sono stati altresì avviati progetti di riorganizzazione aziendale con monitoraggio delle diverse fasi di implementazione (*audit organizzativo-gestionale*).

L'audit, che talora, con riferimento a specifiche realtà aziendali e specifici percorsi, è stato altresì strutturato come audit permanente e/o puntuale, riguarda, in particolare, gli ambiti di seguito indicati:

- audit clinico regionale sull'adenotonsillectomia e governo di local clinical audit;
- implementazione percorso di " Gestione di terapia antineoplastica" per definire la contestualizzazione di un percorso di gestione del farmaco antineoplastico secondo la Raccomandazione n. 14/2013;
- valutazione qualità documentazione clinica, indicatori di processo;
- valutazione certificazione del laboratorio analisi;
- verifica applicazione protocolli aziendali;
- audit finalizzati alla correzione eventi avversi e ad apportare azioni di miglioramento;
- gestione del processo trasfusionale nelle unità di cura aziendali;
- prevenzione violenza a danno degli operatori;
- prevenzione infezioni correlate all'assistenza – ICA;
- criticità nelle strutture assistenziali;
- terapia antibiotica empirica;
- procedura profilassi antibiotica preoperatoria;
- audit equipe medicina d'urgenza;
- audit ictus cerebrali;
- audit disturbi specifici dell'apprendimento;
- scompenso cardiaco;
- percorso nascita e parto cesareo;
- applicazione corretta delle procedure per la prevenzione della tromboembolia venosa post chirurgica e per prevenire la ritenzione di garze, strumenti, ecc.;
- aderenza al percorso del paziente diabetico secondo il piano della qualità dell'assistenza diabetologica;
- mantenimento della certificazione ISO nell'Obitorio;

- consultori familiari DMI: applicazione protocolli violenza sulle donne;
- certificazione del laboratorio analisi;
- eventi infettivi in Ematologia corretto utilizzo degli antimicrobici;
- eventi infettivi e corretto utilizzo degli antimicrobici in DEA e Pronto Soccorso;
- eventi infettivi e corretto utilizzo degli antimicrobici in Chirurgia.

Al fine della realizzazione dei percorsi di audit, come sopra delineati, è stata prevista la realizzazione di corsi per auditor finalizzati a formare professionisti abilitati a tenere audit in strutture aziendali. I corsi sono stati accreditati ECM e sono stati condotti trasversalmente sui presidi delle ASR garantendo la partecipazione di tutti i professionisti sanitari coinvolti nel tema specifico in oggetto (medici, infermieri, tecnici, etc).

Nell'ambito del monitoraggio degli eventi avversi il Programma regionale prevede altresì l'implementazione di progetti finalizzati all'adozione di sistemi informativi idonei a consentire una sensibile riduzione del rischio di eventi avversi.

In particolare è stata prevista la realizzazione di un nuovo specifico applicativo regionale per agevolare la compilazione e l'alimentazione, nel pieno rispetto della vigente normativa privacy, dei flussi informativi previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005 istitutiva del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – SIMES, nonché per l'implementazione del database dei sinistri e degli eventi sentinella che si verificano nelle ASR. L'obiettivo è quello di garantire, nell'ambito del programma regionale di gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile delle ASR, attivo in Regione Piemonte sin dal 2005, un sistema di mappatura idonea a favorire l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi nonché di individuare le azioni preventive con implementazioni di raccomandazioni specifiche per minimizzare il rischio di ulteriore verificarsi di questi particolari eventi avversi.

Anche a livello aziendale è stata avviata l'implementazione di sistemi informativi quali il modulo informativo di gestione della terapia (o scheda unica di terapia), parte integrante della cartella clinica, che permette il governo di tutte le fasi connesse alla terapia farmacologica; la scheda informatizzata di segnalazione delle cadute quale strumento di rilevazione, analisi e monitoraggio dei determinanti il rischio di caduta; il progetto per migliorare l'appropriatezza della profilassi della TVP/EP e dell'uso dei nuovi anticoagulanti orali che mira a minimizzare le complicanze del trattamento con i nuovi anticoagulanti orali e fornire un supporto informatico al medico ospedaliero per stratificare correttamente il rischio trombotico del paziente ricoverato; il progetto di Stewardship antibiotica che si propone di ottimizzare l'utilizzo degli antibiotici in ospedale con la collaborazione di diverse figure professionali: farmacista, igienista, infettivologo, microbiologo e clinici di varie discipline, allo scopo di ridurre l'insorgenza di resistenze microbiche locali e di contenere i costi.

Sotto il profilo dell'adeguamento dei sistemi di accreditamento regionali, nel corso del 2013, è stato avviato un lavoro di revisione del manuale di accreditamento, che prevede l'individuazione dei requisiti di accreditamento per ulteriori settori specialistici nonché la ridefinizione del sistema di accreditamento (sia pubblico che privato) che superi le tre fasce e che si allinei al sistema di accreditamento stabilito a livello nazionale così come previsto dall'Accordo Stato Regioni in data 20/12/2012, recepito dalla Regione Piemonte con DGR n.9-6021 del 28 giugno 2013.

Con riferimento alla realizzazione delle reti assistenziali integrate per patologie oncologiche, in particolare per il tumore della mammella secondo il modello di breast unit ed all'organizzazione di una rete assistenziale per il carcinoma della mammella, si prevede l'implementazione dell'attività della Breast Unit - presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino - con la formalizzazione della presa in carico delle pazienti affette da cancro della mammella, all'interno dei percorsi assistenziali gestiti ed organizzati nell'ambito del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, secondo l'applicazione di linee guida diagnostico-terapeutico-assistenziali adottate in regione (e costantemente aggiornate a cura della Commissione Oncologica Regionale) e condivise da tutti gli operatori del settore.

2) OBIETTIVI

Obiettivo qualitativo

I principali obiettivi qualitativi derivanti dalla realizzazione delle attività progettuali di cui sopra sono:

- riduzione degli eventi avversi attraverso una puntuale definizione del profilo di rischio dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie;
- aumento della consapevolezza degli elementi importanti per l'abbattimento del rischio;
- creazione di un sistema, laddove possibile informatizzato, di rilevazione e analisi del rischio estensibile a livello regionale;
- adozione di Manuali/Linee di indirizzo per la riduzione degli errori/eventi avversi idonei a favorire l'appropriatezza delle prestazioni con conseguente riduzione dei costi;
- miglioramento dell'offerta assistenziale alle pazienti affette da carcinoma mammario, con l'aumento dell'appropriatezza e della qualità terapeutica

Obiettivo quantitativo

Costituire archivi (serie storiche) degli eventi avversi onde consentire una misurazione seriata che permetta di evidenziare aumenti e diminuzioni nonché attivazione di processi di benchmarking.

Alla riduzione degli eventi avversi è inoltre correlata, sotto il profilo quantitativo, una riduzione dei costi connessi alle coperture assicurative ed al contenzioso.

Preso in carico del 100% delle pazienti che afferiscono alle strutture del Dipartimento della Rete Oncologica (tutte le strutture pubbliche della regione) entro 24 mesi

3) TERMINI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI RITENGONO RAGGIUNGIBILI

La realizzazione della generalità delle attività progettuali di cui sopra, che costituiscono attività istituzionale dell'Ente, ha carattere continuativo; per specifiche progettualità è prevista la realizzazione nell'ambito dell'arco temporale di vigenza dei Programmi Operativi 2013-2015.

4) COSTI CONNESSI

Eventuale implementazione di risorse di personale dedicato nelle strutture ospedaliere e sul territorio

5) INDICATORI, PREFERIBILMENTE NUMERICI, CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITÀ DELL'INTERVENTO PROPOSTO (INDICATORI NUMERICI DI EFFICACIA/EFFICIENZA IN TERMINI DI: STRUTTURA, PROCESSO, RISULTATO)

Considerata la complessità dell'argomento e la numerosità delle informazioni correlate, il gruppo di indicatori proponibile è estremamente ampio e variegato. Tuttavia pare opportuno, in una prima fase, focalizzare l'attenzione su alcuni indicatori che possano meglio definire l'impatto delle attività di risk management sul verificarsi degli eventi avversi.

Esempi di indicatori di risultato che possono essere adottati:

- numero eventi sentinella monitorati (azioni di miglioramento)/numero di eventi sentinella occorsi (per cui è possibile effettuare analisi e programmare azioni di miglioramento) non inferiore al 50%;
- implementazione, a livello aziendale, di almeno l'80% delle Raccomandazioni ministeriali;
- presenza di check list in sala operatoria in almeno l'80% delle ASR;
- effettuazione da parte di almeno il 75% delle ASR dell'autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica;
- adozione della Scheda Unica di Terapia in tutte le ASR;

- riduzione del numero di eventi avversi (in particolare: riduzione del numero di cadute nelle strutture sanitarie in almeno 10 ASR; riduzione degli arresti cardiaci intra-ospedalieri; riduzione della mortalità a 24 ore, a 30 giorni e delle infezioni del sito chirurgico in almeno 10 ASR);
- numero di donne prese in carico dal Centro Accoglienza e Servizi (CAS)/totale delle donne residenti con diagnosi di carcinoma della mammella;

numero di donne con diagnosi di carcinoma della mammella allo screening e fuori screening/numero di interventi chirurgici per tumore della mammella effettuati presso le strutture ospedaliere regionali".



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 17

Implementazione del Codice Etico nelle aziende sanitarie

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino
Referente Progetto: Dott.ssa Mirella Angaramo
email: mirella.angaramo@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO

Carta Etica nelle Aziende Sanitarie Regionali

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 17: € 827.923,00
Durata progetto: attività istituzionale continuativa
Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 827.923,00

1) SINTESI DEL CONTENUTO DEL PROGETTO

La parola “etica” deriva dal greco *ethos* che tra i suoi significati ha quello di “casa”, “rifugio dell’uomo”, “tana”. L’etimologia ci ricorda che la ricerca etica ha a che fare con il tentativo di rendere più “casa”, più nostri, i luoghi lavorativi nei quali passiamo larga parte della nostra esistenza.

Attraverso la riflessione etica ci impegniamo a che il lavoro diventi una dimensione di ben essere, dove sia possibile realizzarsi, intrecciare sincere relazioni con gli altri, tentare di costruire una comunità più giusta ed equa. Un luogo, un *ethos*, che finalmente possa essere sentito come nostro perché in grado di contribuire a dare un senso più profondo alla nostra esistenza.

L’etica lavorativa muove dall’idea che la riflessione etica è una condizione di salute, di vita buona, di vita eudaimonica. Ritiene che la salute sia:

- dove le persone possano responsabilmente valutare, scegliere e seguire indirizzi etici di comportamento;
- dove possano pensare, nella maniera meno meccanica e impersonale possibile, a ciò che fanno dove possano responsabile scegliere di agire collegando il loro fare a dei valori in grado di orientare la loro esistenza;
- dove possano osservare e considerare il lavoro quotidiano da una prospettiva più profonda e più ampia.

La Carta Etica è uno strumento di lavoro che si propone di aiutare chi la consulta a migliorare la qualità del proprio lavoro e ad aumentare l'autentico ben essere etico della vita lavorativa.

Si rivolge a lettori che vogliano impegnarsi in un personale e continuo percorso di perfezionamento etico proponendo e discutendo esempi di buon comportamento, direzioni d'azione, linee guida per orientarsi e su cui impostare l'agire lavorativo quotidiano.

La Carta Etica si propone inoltre di far nascere idee, di stimolare ulteriori riflessioni e personali risposte ai problemi etici posti dal lavoro. Essa nasce dalla convinzione che l'impegno etico delle singole persone, per dare i suoi frutti, necessita di una parallela tensione etica del sistema organizzativo. E' altresì mossa dalla certezza che ciascuno possa e debba migliorare la qualità della vita lavorativa intervenendo sul senso individualmente dato al proprio lavoro.

La Carta Etica non è un Codice, non contiene leggi, regole o rigide norme a cui attenersi. Non si sovrappone né si sostituisce alle norme deontologiche professionali né ai regolamenti interni.

Non pretende di risolvere la complessità delle questioni sollevate, intende anzi avviare un confronto collettivo su di esse.

Le problematiche etiche assumono un ruolo ancora più rilevante in ambito sanitario dove ci si trova quotidianamente in contatto con la sofferenza, non solo dei pazienti, ma anche dei famigliari e degli operatori. L'approccio relazionale con il paziente assume una primaria rilevanza nella vita lavorativa degli operatori sanitari. Il paziente al Pronto Soccorso o negli Ambulatori è un po' sulla difensiva, perché il posto gli è estraneo e quindi le sue reazioni sono legate ad un inevitabile e comprensibile fattore di stress, ed ha un bisogno normale e fisiologico di rassicurazioni.

Fare salute è anche riuscire a fare sentire il paziente a proprio agio in un ambiente che non è il suo abituale, specie in casi di ricoveri prolungati nel tempo.

L'ospedale diventa per il paziente il luogo in cui e' importante trovare una persona che ti accoglie, ti spiega e ti accompagna in tutto il percorso, piuttosto che una persona che ti tratta in modo scostante e che si limita a svolgere la propria attività senza degnarti di uno sguardo, come se fossi invisibile.

Nella Regione Piemonte, fin dal 2008, è stato avviato un processo di sensibilizzazione e di formazione per la diffusione dei principi e valori etici condivisi nei contesti lavorativi .

In numerose ASR sono stati avviati percorsi che hanno previsto il forte coinvolgimento degli operatori dei servizi che, attraverso momenti di confronto, studio, ricerca e formazione, hanno condiviso valori etici connessi alle loro attività.

In numerose ASR sono state redatte delle Carte Etiche ("Carta Etica dell'Ascolto" – "Carta Etica. Dare qualità e vita al lavoro"); si tratta di documenti nati dal confronto collettivo sui principi e sui valori che orientano l'agire quotidiano e che si configurano come stimolo continuo per il miglioramento della qualità della vita lavorativa Sono inoltre stati realizzati numerosi interventi formativi dedicati per diffondere le Carte Etiche e per sensibilizzare il maggior numero di operatori e professionisti con ruoli diversi (direttori, coordinatori, ecc...)

Nel periodo novembre 2011/giugno 2012 è stato avviato il Master denominato Management Etico e Governo della Salute e seminari tematici denominati Etica e Sanità. Il Master e i Seminari erano destinati ai Direttori e Decisori delle Aziende Sanitarie, delle Aziende Ospedaliere, dei Dipartimenti, delle Strutture.

E' stato altresì realizzato, a livello aziendale, negli anni 2012-2013 il progetto "Etica e Salute - Sguardi etici sulla pratica e sull'organizzazione sanitaria" al fine di coinvolgere i propri dipendenti e la comunità professionale sanitaria in un percorso di confronto e di approfondimenti sull'etica e sul benessere in ambito lavorativo. Il progetto è rivolto ad operatori sanitari e rappresentati istituzionali interessati alle problematiche etiche in sanità. Il ciclo è stato organizzato in funzione della riflessione etica all'interno dei contesti organizzativi, in questo caso di tipo sanitario, in una prospettiva di benessere per gli operatori che vi lavorano; in qualità di relatori sono intervenuti medici, infermieri, dirigenti amministrativi e altre figure professionali dell'Azienda, ma anche professionisti esterni del mondo medico, accademico ed istituzionale.

Nel corso del 2013 sono stati avviati numerosi corsi di formazione sui temi etici, di responsabilità professionale, di centralità del cittadino, di organizzazione del lavoro fondato su temi etici condivisi, di corretta relazione col paziente, sulla soddisfazione dei suoi bisogni di salute, di promozione di stili di vita adeguati, ecc. Tutti questi corsi sono il risultato tangibile di uno sforzo regionale per diffondere e promuovere tra tutti i professionisti tali concetti e contenuti.

Si indicano di seguito le principali tematiche affrontate nell'ambito dei corsi di formazione realizzati a livello aziendale, nell'anno 2013, su temi etici:

- corsi per operatori front line;
- corsi per personale di triage accoglienza/gestione paziente (aspetti relazionali);
- punti di informazione affidati ai Volontari, corsi di formazione per Volontari;
- schede informative per consenso informato;
- locale dedicato per colloquio con familiari di pazienti in terapia intensiva;
- umanizzazione delle aree di degenza e degli ambulatori;
- miglioramento degli spazi lavorativi;
- implementazione percorsi diagnostico terapeutico assistenziale;
- piani operativi per il contenimento delle liste di attesa;
- privacy e sicurezza dei dati sensibili;
- prevenzione violenza operatori sanitari (convegni, consigliera di fiducia);
- rispetto di genere (tutela della maternità, permessi, inserimento graduale post maternità);
- telemedicina;
- promozione cultura della donazione;
- rispetto del "fine vita" (cure palliative, hospice);
- ospedale senza dolore.

Molti degli interventi formativi di cui sopra sono stati condotti in un'ottica di formazione-intervento; il gruppo, composto da professional (medici, psicologi, infermieri, ecc.) e responsabili di servizio e dirigenti amministrativi, si confronta intorno a diverse problematiche di ordine etico-clinico ed etico-gestionale con il mandato di proporre analisi e orientamenti perseguibili dalle diverse articolazioni organizzative e a livello aziendale.

2) OBIETTIVI

Obiettivo qualitativo

L'obiettivo qualitativo derivante dal confronto e dall'approfondimento sull'etica e sul benessere in ambito lavorativo, attivati a livello aziendale, è l'aumento della consapevolezza dell'impatto del percorso di perfezionamento etico sul miglioramento della qualità del lavoro e della vita lavorativa.

Obiettivo quantitativo

Implementazione della Carta Etica nelle Aziende Sanitarie Regionali quale strumento per garantire la coerenza tra valori individuati e condivisi e le scelte professionali effettuate.

Realizzazione di interventi formativi sui temi etici e di percorsi di confronto ed approfondimento sull'etica e sul benessere in ambito lavorativo.

3) TERMINI ENTRO I QUALI TALI OBIETTIVI SI RITENGONO RAGGIUNGIBILI

Gli obiettivi del progetto che, come poc'anzi evidenziato, consistevano nel coinvolgimento dei dipendenti del SSR in un percorso di confronto e di approfondimenti sull'etica e sul benessere in ambito lavorativo e sono stati realizzati attraverso la predisposizione, a livello aziendale, della Carta Etica nonché attraverso i successivi momenti di approfondimento, confronto e formazione. Taluni percorsi formativi proseguiranno anche nel corso dei prossimi anni.

4) INDICATORI, PREFERIBILMENTE NUMERICI, CHE CONSENTANO DI MISURARE LA VALIDITÀ DELL'INTERVENTO PROPOSTO (INDICATORI NUMERICI DI EFFICACIA/EFFICIENZA IN TERMINI DI: STRUTTURA, PROCESSO, RISULTATO)

Considerata la complessità dell'argomento e la numerosità delle informazioni correlate, il gruppo di indicatori proponibile è estremamente ampio e variegato.

Esempi di indicatori di risultato che possono essere adottati:

- presenza della Carta Etica nelle ASR;
- numero di eventi formativi realizzati a livello aziendale sui temi etici, di responsabilità professionale, di centralità del cittadino, di organizzazione del lavoro fondato su temi etici condivisi, di corretta relazione col paziente, sulla soddisfazione dei suoi bisogni di salute, di promozione di stili di vita adeguati;
- numero di progetti e/o gruppi di lavoro attivi a livello aziendale per attività, approfondimenti, confronti, discussioni relative a temi etici.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662**

Anno 2013

Linea progettuale 18

Piano nazionale prevenzione

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore: Prevenzione e veterinaria
Via Lagrange 24 Torino
Referente Progetto: Gianfranco Corgiat Loia
email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Piano regionale di prevenzione 2013

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 18: € 19.804.294,00

Durata progetto mesi 12

Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 19.804.294,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

A seguito dell'Accordo Stato-Regioni n. 53/CSR del 7/02/2013, che ha prorogato la vigenza del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 a tutto il 2013, la Regione Piemonte ha provveduto a riprogrammare il proprio Piano di prevenzione per il 2013 (con DGR 3 giugno 2013, n. 47-5885) introducendo un nuovo piano operativo composto di programmi inclusivi e sintetici, mantenendo valido il quadro strategico contenuto nel Piano 2010-2012 (approvato con DGR n. 37-1222 del 17/12/2010).

Con la DD n. 579 del 24/072013 sono poi state approvate le schede dei programmi individuati dal Piano di prevenzione per il 2013. Le schede programma costituiscono anche il riferimento per la redazione dei Piani locali di prevenzione 2013 da parte delle ASL.

2) Obiettivi

Obiettivi qualitativi

Il Piano regionale di prevenzione 2013 si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- contribuire alla riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali, con particolare attenzione alla prevenzione dei determinanti comportamentali;
- ridurre la frequenza degli infortuni sul lavoro e la loro gravità;
- contribuire al contenimento degli incidenti domestici migliorando il livello di conoscenza e consapevolezza della popolazione;
- mantenere il livello di prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccino, in coerenza con il Piano Piemontese di Prevenzione Vaccinale che riprende quelli del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV);
- mantenere nei limiti dell'atteso l'incidenza delle malattie infettive per le quali esistono strumenti efficaci per la prevenzione e il controllo, comprese le infezioni correlate all'assistenza;
- monitorare l'incidenza delle malattie per le quali non esistono attualmente strumenti efficaci di prevenzione e controllo;
- ridurre l'incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici. Contenere i rischi derivanti dall'impatto ambientale degli insediamenti produttivi (emissioni, scarichi, rifiuti);
- migliorare la qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e le garanzie di salute legate al consumo di alimenti;
- realizzare le sorveglianze di popolazione per programmare e valutare gli interventi di prevenzione;
- migliorare lo stile di vita della comunità attraverso la promozione di comportamenti salutari (corretta attività fisica, sana alimentazione e benessere) e il miglioramento del "contesto ambientale";
- facilitare i comportamenti verso stili di vita salutari orientati dai dati delle sorveglianze specifiche, in tutta la comunità scolastica;
- ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Ridurre l'incidenza di carcinomi del colon retto e del collo dell'utero. Evitare o minimizzare la sovradiagnosi specialmente per il carcinoma della mammella;
- produrre gli indicatori di frequenza tumorale per l'intera regione Piemonte attraverso l'implementazione del Registro tumori della Regione Piemonte;
- ridurre le complicanze micro e macroangiopatiche dei pazienti diabetici (infarto, ictus, retinopatia laser-trattata, amputazione arti inferiori, dialisi);
- attivare percorsi di prevenzione nel setting sanitario finalizzati a: aumentare la quota di fumatori che portano a termine con successo un percorso di disassuefazione; migliorare le condizioni nutrizionali nei soggetti che accedono a sportelli informativi ed ambulatori nutrizionali; promuovere l'adozione di uno stile di vita attivo in persone con patologie esercizio-sensibili.

Obiettivo quantitativo

In coerenza con quanto previsto dal Piano di valutazione del Piano nazionale della Prevenzione, la Regione Piemonte dovrà rendicontare le attività svolte e il valore osservato dei relativi indicatori proposti per ciascun obiettivo. Essa risulterà adempiente se la percentuale di quelli che, al 31 dicembre 2013, presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso superiore al 20%, è inferiore o uguale a 50%.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

12 mesi

4) Costi connessi

€ 19.804.294,00

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Proporzione di programmi del Piano regionale di prevenzione 2013 che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso superiore al 20%, inferiore o uguale al 50% del numero totale di programmi del Piano regionale di prevenzione 2013.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013**

Linea progettuale 19

Superamento OPG e salute mentale

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità

Settore: Assistenza Sanitaria Territoriale, Corso Regina Margherita 153bis 10122 Torino

Referente Progetto: Enrico Zanalda, Anna Michiardi Assessorato alla Tutela della salute e sanità,

Direzione: Sanità, Settore: Assistenza Sanitaria Territoriale, Corso Regina Margherita 153 bis, 10122 Torino

email: ezanalda@aslto3.piemonte.it, anna.michiardi@regione.piemonte.it,

TITOLO PROGETTO

Potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale per incrementare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti in carico e delle persone che vengono prese in carico in carico per il percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle Case di Cura e Custodia (CCC).

Quota vincolata obiettivi di Piano Linea progettuale 19: € 6.601.432,00

Durata del progetto: 24 mesi

Spesa stimata ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 6.601.432,00

1) **Sintesi del contenuto del progetto:**

potenziare il personale e le risorse dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) da destinare ai progetti di recupero e riabilitazione sociale e lavorativa. In particolare sostenere i programmi di assistenza domiciliare attraverso l'incremento o il sostegno della quota economica 2012 che ogni singolo DSM ha destinato alle borse lavoro, agli assegni terapeutici e ai programmi alternativi agli inserimenti residenziali, quali l'assistenza domiciliare e gli inserimenti eterofamiliari degli adulti. In particolare realizzare percorsi personalizzati di inserimento territoriale e riabilitativo di soggetti attualmente inseriti in strutture residenziali a elevata o media intensità riabilitativa, per quelli provenienti dagli OPG o comunque inviati dalla magistratura per cui viene

applicata una misura di sicurezza alternativa all'invio in OPG e CCC. Per la realizzazione di tali progetti i DSM potranno avvalersi del supporto di personale del privato sociale o imprenditoriale, nonché di associazioni no profit di familiari o di utenti.

- 2) **Obiettivi:** mantenere le buone pratiche cliniche dei progetti personalizzati di reinserimento territoriale e di recupero dell'autonomia dei pazienti, sia nell'ambito della domiciliarità che dell'inserimento lavorativo. Incrementare i progetti che consentono di ridurre il ricorso all'inserimento residenziale con il conseguente contenimento economico e numerico di quest'ultimo.

Obiettivo qualitativo: mantenimento dei progetti personalizzati in essere alternativi alla residenzialità, realizzati sul territorio dal personale del DSM e contenimento dei costi della residenzialità per la realizzazione di modelli flessibili di riabilitazione e reinserimento sociale.

Obiettivo quantitativo: ridurre l'utilizzo del numero di strutture autorizzate e accreditate da parte dei DSM in funzione del raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro 2013/2015, favorendo la progettualità alternativa e la flessibilità riabilitativa dei DSM. Riduzione del numero di posti letto nelle strutture autorizzate del 5% per il 2014 e del 10% nel 2015. Conseguente risparmio nell'ambito della residenzialità dei DSM con parallelo incremento dell'investimento negli ambiti delle borse lavoro, degli assegni terapeutici e dei progetti alternativi alla residenzialità con un complessivo contenimento dei costi a livello del 2012. Recupero di tutte le persone ancora dimissibili dagli OPG e incremento dei percorsi alternativi all'inserimento negli stessi anche attraverso l'utilizzo del finanziamento specifico di parte corrente previsto dalla legge 9/2012.

- 3) **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Recupero delle persone dimissibili dall'OPG entro il 31 marzo 2015.

Riduzione del 5% dell'utilizzo dei posti residenziali per incremento dei progetti alternativi all'inserimento entro 31.12.2014; riduzione dell'utilizzo dei posti residenziali sino al 10% per incremento dei percorsi alternativi, entro il 31.12.2015.

- 4) **Costi connessi:** incremento investimento negli strumenti economici dei DSM delle ASL regionali da 8.000.000 €/anno sino a 12.000.000 €/anno con progressivo contenimento della spesa residenziale da 80.000.000 €/anno sino a 76.000.000 €/anno, nonostante incrementi contrattuali e applicazione del tasso inflazione programmata. Sostanziale mantenimento della spesa complessiva dei DSM sui livelli del 2012 con riduzione dei posti residenziali e incremento dei progetti personalizzati.

- 5) **Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto:**

numero di pazienti in carico ai DSM; numero di progetti personalizzati attivati e incremento dal 2012 al 2015; numero di progetti alternativi alla residenzialità e incremento dal 2012 al 2015; numero di posti residenziali autorizzati, accreditati e dei Gruppi Appartamento censiti al 1 settembre 2012 e complessivo decremento del 5% per l'anno 2014; sino al 10 % nell'anno 2015.

Numero pazienti piemontesi ancora inseriti negli OPG e CCC al 1 aprile 2014 (circa 20 dimissibili e 20 non dimissibili); dimissioni territoriali e o ricollocazione in Istituti di Pena della totalità dei pazienti entro il 31.12.2015, ai sensi delle disposizioni nazionali e regionali.



PIANO SANITARIO NAZIONALE

Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
art 1 comma 34 legge 23 dicembre 1996 n. 662
Anno 2013

Linea progettuale 20

Sicurezza nei luoghi di lavoro

REGIONE PIEMONTE

Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, Coordinamento interassessorile delle politiche del volontariato

Direzione: Sanità
Settore: Prevenzione e veterinaria
Via Lagrange 24 Torino
Referente Progetto: Gianfranco Corgiat Loia
email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

TITOLO PROGETTO:

Sicurezza nei luoghi di lavoro

Quota vincolata obiettivi di Piano, Linea progettuale 20: € 1.650.358,00
Durata progetto mesi 24
Spesa stimata anno 2013 ed importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.650.358,00

1) Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto si articola in 5 sottoprogetti:

- a. realizzazione, sperimentazione ed avvio del sistema informativo unico regionale SPRESALWeb;
- b. revisione del modello applicativo regionale per la valutazione del rischio da agenti chimici nei luoghi di lavoro;
- c. riorganizzazione e funzionamento degli Organismi Provinciali di Vigilanza;
- d. censimento dell'amianto antropico con particolare riferimento agli edifici di diretta gestione delle ASL piemontesi.
- e. riduzione della frequenza e gravità delle malattie professionali

- a. Contenuto del sottoprogetto: “Realizzazione, sperimentazione ed avvio del sistema informativo unico regionale SPRESALWeb”.

Con DD n. 972 del 30.11.2010 la regione Piemonte ha approvato la riprogettazione dell'applicativo informatico unico per tutti i Servizi di Prevenzione delle ASL del Piemonte per adeguarlo alle nuove esigenze operative acquisendo ed adattando l'applicativo utilizzato da altre Regioni.

A tal fine è stato affidato al CSI (Consorzio Piemontese per il trattamento automatico dell'informazione) il compito di reingegnerizzare il software adattandolo alle esigenze dei Servizi di controllo con l'obiettivo di poter disporre di un applicativo gestionale in grado di registrare tutte le attività di competenza degli SPreSAL, di fornire servizi di supporto amministrativo per le attività di controllo e di garantire la regolarità dei flussi informativi richiesti dal Ministero della Salute (LEA).

Il nuovo software gestionale dovrà garantire il recupero di tutte le informazioni utili esistenti in applicativi pre-esistenti e di completare i procedimenti non ancora conclusi nelle fasi di migrazione dei dati.

Con DD n. 802 del 16.11.2012 la Regione Piemonte ha previsto, nel primo semestre del 2013, la sperimentazione del nuovo applicativo in alcune ASL della Regione previa formazione del personale tecnico ed amministrativo degli SPreSAL, con l'intento di estendere l'utilizzo esclusivo del nuovo software a tutte le aziende sanitarie per la registrazione delle attività che saranno programmate nel 2014.

A questa prima fase, relativa all'implementazione e collaudo delle registrazioni riguardanti le funzionalità di base, potranno seguire ulteriori sviluppi su moduli più specifici per fornire strumenti mirati e qualificati per la valutazione dei rischi, per l'implementazione dei registri cancerogeni e per la gestione degli infortuni sul lavoro attraverso lo sviluppo di protocolli di cooperazione applicativa con INAIL, con la Direzione Territoriale del Lavoro, con la rete dei pronto soccorso degli ospedali regionali.

Alla luce delle esperienze maturate nei Servizi di Prevenzione delle ASL e sulla base delle conoscenze derivanti dal sistema di raccolta dati attualmente in uso l'obiettivo generale del progetto consiste nel rilancio delle attività di prevenzione di competenza degli SPreSAL mediante il miglioramento delle attività di registrazione degli interventi svolti, dei provvedimenti assunti e dei risultati conseguiti, presupposti essenziali per una corretta valutazione del rischio e per la definizione delle strategie di gestione dei rischi.

Nell'ambito di tale revisione è stata prevista anche la realizzazione di un sistema atto alla ricezione della notifica preliminare cantieri (ex art 99 Dlgs. 81/08) on-line, integrato sia con SPRESALWeb sia con il sistema MUDE (Modello Unico Digitale per l'edilizia) esistente in Regione.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

- favorire la crescita negli SPreSAL di una cultura più orientata alla programmazione delle attività e non soltanto alla gestione di inchieste disposte dall'Autorità Giudiziaria;
- aumentare la quantità e la qualità delle informazioni presenti in sistemi informativi aziendali o regionali in uso;
- facilitare la raccolta dei dati funzionali alla programmazione regionale dei controlli ed allo sviluppo di attività di inchiesta;
- promuovere le azioni necessarie a migliorare l'integrazione di sistemi informativi certificati già in uso (ad es, tra banche dati dell'agricoltura e controlli previsti dal piano nazionale dell'agricoltura);
- promuovere iniziative rivolte alla semplificazione di taluni procedimenti amministrativi obbligatori (es. gestionali locali per la presentazione di nuove pratiche edilizie e notifiche on line di nuovi cantieri edili)
- introdurre nuovi strumenti per il benchmarking nelle ASL

Obiettivo quantitativo

- funzionamento a regime del sistema informativo unico per gli SPRESAL della Regione Piemonte;
- disponibilità delle funzionalità di base necessarie a soddisfare i debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute e degli Enti che, a vario titolo, intervengono nella gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- integrazione con altri applicativi nazionali (ad esempio “cliclavoro” del Ministero del Lavoro per la trasmissione della notifica preliminare on-line ex art. 99 del D.lgs. 81/08) o regionali (ad esempio l’Anagrafe Attività Economiche Produttive – AAEP – l’Archivio Unico Regionale degli Assistiti – AURA – l’Anagrafe Agricola Unica del Piemonte) contenenti informazioni utili a migliorare la valutazione dei rischi e l’efficacia degli interventi di controllo.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Secondo semestre 2014

4) Costi connessi

Le spese sono relative al pagamento del CSI Piemonte per la realizzazione dell’applicativo SPRESALWeb, per l’implementazione del Sistema MUDE Piemonte per l’invio della notifica preliminare cantieri e per i servizi di gestione, manutenzione e assistenza.

A tali costi vanno aggiunti quelli del personale SPreSAL per la progettazione, affiancamento CSI, affiancamento del personale SPreSAL da avviare all’utilizzo del nuovo applicativo nonché per l’organizzazione e la docenza dei corsi di formazione erogati.

Per tutte le attività descritte è previsto un costo complessivo pari a 550.000 euro.

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell’intervento proposto

- Utilizzo dell’applicativo SPRESALWeb in tutte le ASL del Piemonte.
- Utilizzo della piattaforma MUDE, per l’invio della notifica preliminare on-line per almeno il 5% dei Comuni Piemontesi.

b. Contenuto del sottoprogetto: “Revisione del modello applicativo regionale per la valutazione del rischio da agenti chimici nei luoghi di lavoro”.

Il D.Lgs 81/08 pone in capo al datore di lavoro una serie di obblighi, tra cui la valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e la conseguente elaborazione del documento di valutazione dei rischi; in particolare in relazione alla protezione contro i rischi derivanti da agenti chimici egli è chiamato a determinare preliminarmente l’eventuale presenza di agenti chimici pericolosi e, prendendo in considerazione una serie di fattori, comprese le informazioni relative alle restrizioni o autorizzazioni previste dal Regolamento REACH, a valutare i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, che da essi possono avere origine. Dovrà, fra l’altro, definire se l’utilizzo di tali agenti è in grado o meno di determinare un rischio “rilevante” per la salute e maggiore di “basso” per la sicurezza, per una corretta individuazione delle misure di prevenzione.

Nell’iter di valutazione del rischio chimico tossicologico il datore di lavoro può essere supportato da modelli matematici ed algoritmi pensati come strumenti di facilitazione del percorso che, assegnando valori numerici ad una serie di fattori o parametri che intervengono nella determinazione del rischio stesso, possono aiutarlo nell’individuazione delle priorità.

Nell’anno 2002 la Regione Piemonte aveva già ideato un modello di valutazione del rischio da agenti chimici che ha costituito un riferimento importante a livello regionale ma anche nazionale, sia per le aziende sia per il sistema di prevenzione.

L'evoluzione nel tempo del quadro normativo ed il riscontro, nell'applicazione pratica, di alcune criticità, hanno determinato la necessità di effettuare una revisione del modello originariamente proposto per adeguarlo alle indicazioni previste dal D.Lgs. 81/08 e dal nuovo sistema di classificazione ed etichettatura delle sostanze pericolose e per migliorarne l'applicabilità.

Pertanto, con nota n. 4027/DB2001 del 10.02.2011 è stato individuato un gruppo di lavoro multidisciplinare, a cui partecipa personale dei Servizi di vigilanza delle ASL, di ARPA, delle Strutture di Medicina del Lavoro e del Servizio di Epidemiologia, che sta operando per la revisione di tale modello.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo

Sviluppo dell'approccio al rischio chimico mantenendo aperto il campo alle problematiche sanitarie connesse a quelle ambientali e sociali.

A partire dalla pregressa esperienza applicativa del modello originario e a seguito di un confronto e di un'analisi dei diversi modelli nazionali ed europei esistenti, realizzazione di un nuovo strumento utile a fornire indicazioni operative, dunque immediatamente applicabili "sul campo", per supportare il processo di valutazione del rischio da agenti chimici. Tale modello revisionato potrà essere quindi utile a tutti coloro che, soprattutto nell'ambito delle piccole e medie imprese, si trovano ad affrontare le problematiche connesse alla presenza di sostanze chimiche in ambiente di lavoro e la conseguente valutazione del rischio e nel contempo potrà servire al sistema pubblico di prevenzione quale strumento adatto ad uniformare il più possibile sull'intero territorio regionale i comportamenti relativi all'applicazione della normativa sul rischio chimico.

Obiettivo quantitativo

Definizione di un algoritmo aggiornato alla vigente normativa nazionale ed europea (compresi i Regolamenti REACH-CLP) per la valutazione del rischio da agenti chimici mantenendo sia le modalità valutative legate alla stima, sia legate alla misura dell'esposizione.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Completamento e approvazione formale del documento entro l'anno 2013. Successiva sperimentazione sul campo del modello revisionato. Ideazione e realizzazione di percorsi formativi per operatori delle ASL (biennio 2014-2015).

4) Costi connessi

€ 1.650.358,00

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Disponibilità del modello revisionato in versione cartacea, sua condivisione con le Parti Sociali, sua approvazione con provvedimento regionale e messa a disposizione sul sito internet.

c. Contenuto del sottoprogetto: “Riorganizzazione e funzionamento degli Organismi Provinciali di Vigilanza”.

La relazione sulle cosiddette “morti bianche” presentata al Parlamento della Commissione Tofani nella primavera del 2012 ha posto l’accento, tra le altre cose, su tre questioni fondamentali ed urgenti:

1. superare le difficoltà di coordinamento degli Enti e delle Organizzazioni che intervengono nel sistema dei controlli rivolti alla tutela dei lavoratori;
2. promuovere iniziative per integrare e razionalizzare gli interventi svolti dalle varie organizzazioni di controllo;
3. fornire agli operatori del SSN opportunità di aggiornamento professionale e nuovi strumenti per il controllo.

La Regione Piemonte, tra le azioni più urgenti, ha ritenuto di dare priorità alla piena attuazione del disegno organizzativo territoriale previsto dal D.lgs. 81/08 cercando di superare le difficoltà di funzionamento degli Organismi Provinciali di Vigilanza istituiti con DGR 9-10772 del 16.02.2009 ma poco operativi a causa di problemi organizzativi conseguenti all’accorpamento delle ASL e a tensioni con le parti sociali.

Con DGR 60-4263 del 30.07.2012 sono state apportate alcune modifiche e integrazioni all’organizzazione degli Organismi Provinciali di Vigilanza, tra cui l’attribuzione al Direttore SPreSAL della ASL competente per territorio le funzioni di coordinamento, ed è stato inoltre previsto che il coordinatore di ciascun OPV nominasse i componenti dell’Organismo stesso ed effettuasse le relative convocazioni.

I nuovi OPV, formalmente istituito nel 2012, dovranno raggiungere la piena operatività nel 2013 e programmare le attività di vigilanza e controllo ponendo particolare attenzione alla riduzione delle sovrapposizioni, all’integrazione dei controlli che, seppure caratterizzati da obiettivi diversi, rispondono alla comune finalità di minimizzare i rischi di incidenti sul lavoro.

Il progetto prevede, per il 2013, la convocazione periodica di tutti gli OPV e la programmazione degli interventi di controllo nei territori di competenza, con particolare attenzione ai cantieri di lavoro collegati alle grandi opere (Terzo Valico, Tenda, Torino Lione).

Obiettivo qualitativo:

- Migliorare lo scambio di informazioni e di esperienze tra i rappresentanti dei vari Enti competenti per i controlli al fine di migliorare le strategie di gestione del rischio lavorativo mediante una più efficace valutazione del rischio basata non soltanto sulla funzione “ispettiva” ma anche su competenze mediche specialistiche in grado di collegare la presenza di pericoli (irregolarità oggettive) ai rischi effettivi per la salute dei lavoratori.
- Definire, d’intesa con l’Ufficio Operativo e con la Regione Piemonte, protocolli operativi omogenei e un sistema informativo unico e coerente.
- Sperimentare nuove modalità di intervento in situazioni complesse e non ordinarie (Grandi Opere)

Obiettivo quantitativo

Tutti gli OPV istituiti con DGR 60-4263 del 30.07.2012 devono essere formalmente insediati ed essere operativi entro il 2013. Gli OPV devono operare in base a programmi di attività basati su obiettivi condivisi.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Insediamiento degli OPV entro il 2013. Programmazione degli interventi di vigilanza congiunta o concorrente al raggiungimento degli obiettivi individuati entro il 2014.

4) Costi connessi

Per le attività da svolgere che coinvolgeranno il personale per riunioni, sopralluoghi, attività preparatorie per la presentazione dei programmi, iniziative di formazione congiunte con gli altri Enti è previsto un costo complessivo pari a 200.000 euro

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Almeno il 50% degli OPV deve disporre entro il 2014 di un documento di programmazione con obiettivi condivisi tra le parti rappresentate e deve aver promosso o partecipato ad eventi formativi orientati al funzionamento degli OPV.

d. Contenuto del sottoprogetto: “Censimento dell’amianto antropico con particolare riferimento agli edifici di diretta gestione delle ASL piemontesi”

Al fine di completare il monitoraggio dell’amianto cosiddetto “antropico” la Giunta Regionale del Piemonte, con deliberazioni dalla n. 1-3711 alla 13-3723 del 27 aprile 2012, ha assegnato ai direttori generali delle ASL uno specifico obiettivo di mandato che prevede la concreta verifica della presenza di eventuali materiali contenenti amianto in tutti gli edifici di diretta gestione dell’ASL piemontesi, anche se non di proprietà.

La Direzione Sanità ha ritenuto opportuno collegare le attività di censimento dei manufatti di amianto nelle strutture sanitarie con il progetto di monitoraggio dell’amianto in ambienti di vita e di lavoro affidato all’Agenzia Regionale per l’Ambiente (ARPA).

Con DGR n. 38-5286 del 29 gennaio 2013 sono state fornite indicazioni operative ai direttori generali delle ASL e si sono concordati i criteri per il censimento, le check list e le modalità di raccolta ed informatizzazione dei risultati.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo:

Completamento del censimento dell’amianto antropico da parte di ARPA Piemonte e verifica della presenza di MCA nei numerosi edifici a diretta gestione delle ASL, che sono quotidianamente frequentati da un cospicuo numero di persone, al fine di valutare la necessità di rimozione dei manufatti di amianto ed i relativi costi.

Obiettivo quantitativo

Verificare la presenza di dati già disponibili (segnalazioni, scuole ed edifici pubblici), valutare l’opportunità di procedere alla fotointerpretazione di immagini aeree già disponibili (Agricoltura, Pianificazione Territoriale) e verificare mediante accertamenti diretti la presenza di MCA in tutti gli edifici a diretta gestione delle ASL.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Dicembre 2013

4) Costi connessi

I costi dell’operazione sono legati alla necessità di effettuare sopralluoghi mirati in tutti i numerosi edifici usati direttamente dalle ASL (presidi ospedalieri, ambulatori, ecc.) e distribuiti su tutto il territorio regionale. I sopralluoghi dovranno essere effettuati da tecnici esperti in materia, che sappiano individuare e riconoscere i MCA. Per questa operazione si ritengono necessari non meno di 450.000 €.

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell’intervento proposto

Predisposizione di un rapporto conclusivo da parte di ARPA per il successivo invio all’ISS.

Per la verifica del raggiungimento dell’obiettivo di mandato dei Direttori Generali delle ASL è prevista l’acquisizione da parte del Settore Prevenzione e Veterinaria della Regione Piemonte di una dichiarazione dei direttori generali di tutte le ASL, attestante l’effettuazione del censimento con indicazione dell’eventuale rinvenimento di MCA, della sua localizzazione e delle condizioni di conservazione del materiale.

e. Contenuto del sottoprogetto: “Riduzione della frequenza e gravità delle malattie professionali”.

Come noto l'andamento delle denunce di malattie professionali non è omogeneo su tutto il territorio nazionale, a conferma dell'importanza dell'opera di sensibilizzazione e degli interventi di prevenzione attivati nelle singole Regioni da parte dei vari attori della prevenzione. Pertanto si ritiene opportuno impegnarsi su questo tema ponendosi quale obiettivo prioritario la riduzione della frequenza e della gravità delle malattie professionali, con particolare riferimento alle patologie correlate ad esposizione ad agenti chimici/cancerogeni e alle patologie muscolo scheletriche (patologie emergenti, sottonotificate).

Il progetto da realizzare si articola in sei diversi piani di attività:

- Piano Aziendale per la ricerca attiva di Mesoteliomi Maligni.
- Piano di comparto per la prevenzione del rischio da sovraccarico muscolo scheletrico nel personale addetto all'assistenza nelle residenze socio assistenziali – rsa.
- Progetto per l'emersione delle esposizioni ad agenti cancerogeni.
- Sistema di sorveglianza attiva dei tumori naso sinusali.
- Piano di comparto per la prevenzione del rischio da sovraccarico muscolo scheletrico nel personale addetto all'assistenza nelle residenze socio assistenziali – rsa.
- Avvio in una azienda metalmeccanica di uno studio retrospettivo per la ricostruzione dell'esposizione ad agenti cancerogeni.

2) Obiettivi

Obiettivo qualitativo:

- Emersione delle malattie professionali sottonotificate e delle patologie emergenti.
- Contrasto delle esposizioni causa di patologie lavoro correlate.
- Implementazione dei flussi informativi attraverso il raccordo con gli osservatori regionali (tumori nasosinusali, mesoteliomi).

Obiettivo quantitativo:

Attivazione di piani mirati ai comparti a maggior rischio da esposizione a cancerogeni e da sovraccarico biomeccanico su arti superiori e rachide, secondo evidenze di priorità locali.

3) Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Dicembre 2013

4) Costi connessi

Per le attività da svolgere che coinvolgeranno il personale per riunioni, sopralluoghi, attivazione di seminari, valutazioni epidemiologiche è previsto un costo complessivo pari a 400.000 euro.

5) Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Almeno il 30% delle ASL devono attuare piani mirati.

ALLEGATO B**Progetti Obiettivi anno 2013, art. 1 comma 34 L. 662/96**

LINEA PROGETTUALE	PROGETTO	Quota vincolata	Totale Quota per Linea Progettuale
1	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria	7.680.473,00	
1	La farmacia di servizi e il suo orientamento a obiettivi di comunità	8.610.000,00	
1	Il pronto soccorso e la farmacia di comunità: la presa in carico del paziente fragile	4.339.000,00	20.629.473,00
2	Implementazione della rete di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer e altre demenze	16.453.578,00	
2	PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)	30.000,00	
2	PDTA delle malattie infiammatorie croniche intestinali IBD	20.000,00	16.503.578,00
3	Rete regionale delle strutture che svolgono attività di riabilitazione di cui alla D.G.R. N. 10-5605 del 2/04/2007, D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e s.m.i., D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011, D.G.R. n.12-1665 del 7/03/2011 e D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 : sviluppo di un modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete	1.050.358,00	
3	Sviluppo in ambito riabilitativo di un modello assistenziale alternativo al ricovero (PAC)	600.000,00	1.650.358,00
4	Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase della cronicità	3.713.305,00	3.713.305,00
5	Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore di anziani non autosufficienti	4.125.894,00	4.125.894,00
6	Strumenti per il monitoraggio della variabilità nella salute: gli indicatori di salute	333.305,00	

6	Valutazione delle variazioni del profilo epidemiologico in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere	330.000,00	
6	Strumenti per il monitoraggio della variabilità geografica e sociale nella salute: gli indicatori sociali	300.000,00	
6	Creazione di una strategia nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute	800.000,00	
6	Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della mortalità e della morbosità causa-specifica	350.000,00	
6	Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della salute tra i gruppi vulnerabili	1.600.000,00	3.713.305,00
7	Programma regionale di Cure Palliative	4.125.895	
7	Programma regionale di Terapia del Dolore	4.125.894	8.251.789
8	Sviluppo e Tutela del benessere e della salute organizzativa	1.200.715,00	
8	Scuola di Umanizzazione della Medicina	800.000,00	
8	Riabilitazione cognitiva assistita al computer e on-line al domicilio del malato	1.300.000,00	3.300.715,00
9	Promozione di rete nazionale per i tumori rari	3.173.484,00	
9	Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - Estensione delle attività consortili alla Regione Valle d'Aosta estensione di nuovi PDTA e di corsi per gli operatori	1.365.000,00	4.538.484,00
10	L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio	2.475.536,00	2.475.536,00
11	Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali	3.300.715,00	3.300.715,00
12	Sviluppo e applicazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per i pazienti affetti da Cistite Intersiziale e della Bladder Pain syndrome	1.237.768,00	1.237.768,00
13	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	1.237.768,00	1.237.768,00

14	Applicazione delle linee-guida diagnostico terapeutiche sui tumori dell'apparato genitale maschile (in particolare sul carcinoma della prostata)	1.237.768,00	1.237.768,00
15	Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR, per le seguenti patologie	3.300.715,00	3.300.715,00
16	Programma regionale Sicurezza e Rischio Clinico	8.251.789,00	8.251.789,00
17	Carta Etica nelle Aziende Sanitarie Regionali	827.923,00	827.923,00
18	Piano regionale di prevenzione 2013	19.804.294,00	19.804.294,00
19	Potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale per incrementare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti in carico e delle persone che vengono prese in carico in carico per il percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle Case di Cura e Custodia (CCC)	6.601.432,00	6.601.432,00
20	Sicurezza nei luoghi di lavoro	1.650.358,00	1.650.358,00
TOTALE		116.352.967,00	116.352.967,00

ALLEGATO C



PIANO SANITARIO NAZIONALE

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale
Art 1 commi 34 e 34 bis della Legge 23 dicembre 1996 n 662
Anno 2013**

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2012

Linea Progettuale 1 Le Cure Primarie

Denominazione Progetto

Rintracciabilità telefonica del Medico di Famiglia (Assistenza H12 e H24) nell'ambito dello sviluppo del modello sperimentale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP)

Relazione dell'attività svolta

Il progetto sulla rintracciabilità telefonica del Medico di Famiglia, già collegato alla sperimentazione regionale dei Gruppi di Cure Primarie, è confluito nella sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), avviata sulla base delle linee guida individuate con la D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012.

Tale provvedimento ha individuato un percorso graduale per l'avvio della sperimentazione dei CAP sul territorio regionale, al fine di consentire il monitoraggio dell'efficacia della risposta erogata e dei risultati conseguiti a fronte degli obiettivi prefissati, nelle more dell'aggiornamento dell'A.I.R. per la medicina generale che, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 189 dell'8.11.2012, dovrà essere definito successivamente all'adeguamento del vigente A.C.N.

Con tale deliberazione e con la successiva determinazione n. 406 del 14.6.2012, è pertanto stato previsto che la sperimentazione dei nuovi Centri, da svilupparsi nel biennio 2012-2013, avvenisse nel limite indicativo di un progetto per ciascuna area sovrazonale di coordinamento (ambiti territoriali coincidenti con le province di TO, AT/AL, CN, VC/Biella/NO/VCO) e di un progetto per l'area metropolitana torinese.

La sopra citata determinazione n. 406/2012 ha inoltre individuato:

- i criteri di priorità per la valutazione e la selezione dei progetti ammissibili alla sperimentazione regionale;
- gli indicatori, finalizzati all'analisi e alla valutazione dei risultati raggiunti con la sperimentazione.

Sulla base dei suddetti criteri sono stati ritenuti prioritari i progetti ASL che prevedevano:

- la riconversione di strutture ospedaliere, come individuate nel piano di riorganizzazione regionale della rete ospedaliera;
- il riutilizzo di spazi per la sede CAP resi disponibili da interventi di riconversione di altre strutture aziendali: in altre parole, nella fase sperimentale la realizzazione del progetto deve configurarsi in un contesto in cui alla cessazione di un'attività, prioritariamente ospedaliera corrisponde la contestuale attivazione di un'altra (CAP): pertanto non sono ammissibili in questa fase progetti che prevedono nuove attivazioni;
- un piano d'impatto economico tale da evidenziare che le risorse necessarie per l'attuazione del progetto derivano dalle risorse liberate dalle azioni di riassetto/riorganizzazione poste in essere in ambito aziendale.

Per quanto riguarda gli indicatori per il monitoraggio circa l'andamento della sperimentazione dei CAP e della valutazione dei risultati raggiunti, i criteri individuati nella determinazione regionale sono finalizzati ad analizzare:

- l'attività del CAP nel percorso sperimentale, con l'obiettivo di verificarne la capacità di proporre un'offerta articolata di servizi in grado di intercettare e di rispondere in particolar modo alle crescenti esigenze clinico-assistenziali dei pazienti affetti da patologie croniche;
- la capacità del territorio sede di CAP di ridurre progressivamente il numero di prestazioni assistenziali realizzate nel setting ospedaliero ma che più appropriatamente potrebbero essere erogate a livello territoriale.

Al 31.12.2012 i progetti CAP proposti dalle ASL ai fini della sperimentazione regionale erano i seguenti:

Area Torino Sud Est – ASL To5

progetto CAP nell'ambito dell'attuale sede del distretto di Nichelino. Riorganizzazione poliambulatorio specialistico

Area Torino Ovest – ASL TO3

Progetti CAP nell'ambito del percorso di riconversione dei presidi ospedalieri di Avigliana e Venaria Reale.

Area Torino Nord – ASL TO4

Progetto CAP nell'ambito del percorso di riconversione del presidio ospedaliero di Castellamonte.

Area Piemonte Nord Est:

- ASL NO: progetto CAP nell'ambito del percorso di riconversione del presidio ospedaliero di Arona.
- ASL VC: valutazione preliminare di fattibilità per progetti CAP nell'ambito dei presidi sanitari polifunzionali (PSP) di Santhià e Gattinara.

Area Piemonte Sud Ovest:

- ASL CN1: progetto CAP nell'ambito del percorso di riconversione del presidio ospedaliero di Fossano;
- ASL CN2: progetto CAP presso i distretti di Alba e Bra. Riconversione poliambulatori specialistici territoriali e ospedalieri.

Area Piemonte Sud Est – ASL AT

Progetto CAP presso il distretto Asti Sud. Riconversione Case della Salute di Nizza M.to e Canelli

Con la D.D. n. 638 del 18.9.2012 si è proceduto all'apertura della sperimentazione regionale CAP con l'avvio di un primo progetto risultato coerente con i criteri di priorità ed i requisiti previsti dalla

sopra citata normativa regionale: trattasi del progetto CAP proposto dall'ASL di Novara nell'ambito del processo di riconversione del P.O. di Arona.

Si è altresì preso atto del quadro complessivo dei progetti presentati ai fini della sperimentazione, demandando a successivi provvedimenti le determinazioni riguardo alla rispettiva ammissibilità, al termine di processo istruttorio finalizzato a valutarne la coerenza con i criteri di priorità stabiliti, una volta verificati gli elementi integrativi e le revisioni richieste.

Ai fini dell'avvio dei progetti CAP si è richiesto alle relative ASL la predisposizione dei seguenti strumenti per garantirne la funzionalità:

- regolamento di funzionamento organizzativo ed operativo del CAP;
- procedura aziendale per l'individuazione dei MMG/PDLS aderenti al progetto sperimentale CAP;
- protocollo di raccordo e coordinamento del CAP con l'area socio-sanitaria;
- protocollo per il raccordo e il coordinamento tra l'area dell' Assistenza Specialistica Ambulatoriale/Ospedaliera e l'area dell'Assistenza Primaria nel CAP;
- protocollo di coordinamento operativo del CAP con il sistema di emergenza-urgenza;
- protocollo per integrazione del CAP nel percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio, come disciplinato dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012.

Il primo CAP è stato attivato dall'ASL di Novara presso la sede dell'ex P.O. di Arona il 14.12.2012, ad avvenuta adozione di tali provvedimenti operativi.

Risultati ottenuti

Il primo monitoraggio trimestrale relativo al progetto CAP attivato ad Arona (rif. Allegato 1) ha evidenziato alcuni primi esiti positivi e incoraggianti rispetto ai risultati attesi:

- un progressivo incremento della media degli accessi giornalieri al CAP (da 15,9 del primo mese a 22,1 nel terzo mese di attività): ciò dimostra che col passare del tempo la proposta assistenziale del CAP comincia ad essere riconosciuta come valida da parte dei cittadini;
- una prima tendenza verso il risultato atteso e cioè la proposta da parte del CAP di un'offerta assistenziale maggiormente rivolta verso i soggetti anziani con patologie cronic-degenerative;
- nel confronto con lo stesso trimestre 2012:
 - o un andamento in lieve diminuzione del totale degli accessi al DEA dell'ASL NO: in particolare, la chiusura del P.P.I. di Arona non ha modificato la frequenza di accessi totali al DEA di Borgomanero evidenziando che il CAP sta ben assorbendo la quota dei cittadini del distretto di Arona che in passato si rivolgevano impropriamente all'ex PPI;
 - o un trend in diminuzione nell'accesso al sistema ambulatoriale specialistico;
 - o un primo passo verso l'esercizio da parte del CAP di una funzione di filtro sul territorio, riconducendo gli accessi all'ambito delle cure primarie (probabili codici bianchi e verdi che si rivolgevano nel 2012 al PPI) ed evitando accessi inappropriati al DEA/PS, servizio dell'emergenza/urgenza.

Linea Progettuale 2 Non autosufficienza

Denominazione Progetto Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti

Obiettivo del progetto biennale (2012/2013) “Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti è quello di garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, al fine di offrire cura ed assistenza mirata, che mantenga la persona nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento. Altresì, l'obiettivo di mantenimento e potenziamento del convenzionamento di persone in Nuclei di Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC).

La presa in carico globale dei pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative ed invalidanti è funzione delle Aziende Sanitarie Locali di residenza, le quali devono assicurare il percorso di cura ed assistenza dall'esordio della patologia fino alla fase degli esiti, attraverso attività proprie o, secondo il principio di sussidiarietà, garantite attraverso rapporti formalizzati con altri nodi della rete regionale.

Le persone affette da malattie neurologiche degenerative necessitano di un alto grado di tutela, in quanto generano situazioni di disabilità gravissima e non emendabile, ad andamento cronico, di cui spesso non sono noti i meccanismi patogenetici che le scatenano né sono a disposizione terapie atte a debellarle o, almeno, di arrestarne il processo degenerativo. Tali patologie hanno, inoltre, un pesante impatto psicologico, e non solo, sulle famiglie.

Nasce l'esigenza dell'individuazione di percorsi assistenziali specifici, mirati al singolo paziente ed alla sua famiglia. Il MMG è importante non solo nell'iniziale ruolo diagnostico e di corretto indirizzo del paziente presso le strutture da coinvolgere nel percorso di cura ed assistenza, ma soprattutto nel suo fungere da interfaccia tra paziente, famiglia e servizi sanitari.

Pertanto in un'ottica di una rete integrata dei servizi sanitari e sociali la presa in carico della persona affette da malattie neurologiche degenerative ed invalidanti è attuata in collaborazione fra l'ASL, il MMG, il Centro Esperto e le Associazioni dei pazienti

La Regione Piemonte con la D.G.R. n. 27 –12969 del 30 dicembre 2009 “ Percorso di continuità assistenziale dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica “sulla base dei dati del Registro interregionale Piemonte e Valle d'Aosta delle malattie rare, ha individuato individuati inizialmente due Centri Esperti per la SLA uno presso l'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino (oggi Città della Salute e della Scienza di Torino) e l'altro presso l'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara.

L'attività di questi Centri, che si occupano anche di persone con altre tipologie di malattie neurologiche degenerative ed invalidanti, si basa sull'esistenza di un gruppo multidisciplinare specifico nonché di idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari, come si rileva dalla più recente letteratura inerente gli effetti positivi sugli esiti di salute dei Centri specializzati nella cura della SLA. I Centri esperti possono predisporre convenzioni al fine di garantire la migliore assistenza possibile ai pazienti affetti da SLA, avvalendosi ed ottimizzando le risorse professionali e le esperienze presenti sul territorio regionale.

I suddetti Centri esperti sono organizzati secondo un modello interdisciplinare, che coinvolge figure professionali specialistiche per la complessità clinica diagnosi complessa e la presa in carico globale della persona affetta da SLA. Dell'equipe interdisciplinare fanno parte le seguenti figure professionali: neurologo, pneumologo, nutrizionista clinico, dietologo, gastroenterologo/chirurgo, radiologo interventista, otorinolaringoiatra/foniatra, anestesista/rianimatore, palliativista, psicologo, neuropsicologo, psichiatra, fisiatra, logopedista, fisioterapista, terapeuta occupazionale, personale infermieristico dedicato, etc. Tali Centri dispongono inoltre di strutture e strumentazioni adeguati per la diagnosi e il follow-up dei pazienti.

Inoltre ai Centri esperti sono attribuiti i seguenti compiti: monitoraggio dell'attuazione sul territorio regionale del protocollo diagnostico-assistenziale, funzioni sussidiarie per le Aziende Sanitarie Regionali nell'assistenza ai pazienti, formazione specifica agli operatori sanitari del territorio regionale.

La SLA può, con l'evoluzione della patologia, esordire in una Locked-in Syndrome (LIS) in quanto presenta le stesse caratteristiche di un soggetto che presenti una lesione a livello del ponte encefalico, da occlusione dell'arteria basilare o come fase intermedia nell'evoluzione clinica dallo SV in esiti di GCA:

- coscienza presente/integra
- ritmo sonno-veglia,
- quadriplegia,
- funzione uditiva conservata,
- funzione visiva conservata,
- comunicazione: anartria,
- stato emotivo conservato,
- parziale conservazione dei movimenti oculari.

Più il quadro si cronicizza più diventa necessario garantire un percorso che assicuri interventi sanitari e sociali, i quali tengano conto del bisogno assistenziale del malato e delle aspettative e necessità dei familiari, sia per un inserimento domiciliare di lungoassistenza sia per una istituzionalizzazione in struttura residenziale socio-sanitaria.

Con la D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010 è stato definito il Percorso clinico assistenziale per persone Stato Vegetativo (S.V.), in Stato di Minima Coscienza (S.M.C.) ed affetti da Locked-in Syndrome (L.I.S.), al fine di garantire un'adeguata risposta assistenziale alle persone affette da S.V., S.M.C. e L.I.S., attraverso lo sviluppo di percorsi integrati con interventi ad elevata valenza sanitaria e socio assistenziale e con programmi di assistenza a lungo termine

Nella fase degli esiti sono stati individuati, dalla suddetta deliberazione, i requisiti strutturali e organizzativi di due distinti Nuclei nel setting residenziale: il Nucleo per Stati Vegetativi/Stati di Minima Coscienza (NSV) e il Nucleo di Alta Complessità neurologica cronica (N.A.C.), in quanto non è opportuno inserire nello stesso nucleo soggetti in S.V. e S.M.C. con soggetti in L.I.S., avendo questi ultimi una coscienza conservata. Al contrario le persone in L.I.S. possono essere inseriti in nucleo residenziale insieme a soggetti con Sclerosi Laterale Amiotrofica (S.L.A.) o altresì soggetti con patologie neurologiche croniche in fase avanzata con coscienza conservata assimilabili alla LIS per quadro motorio, caratterizzati da un bisogno assistenziale elevato e in cui non appaia più possibile determinante intraprendere percorsi riabilitativi orientati ad un recupero anche minimo di autonomia. Soggetti in L.I.S o S.L.A o patologie neurologiche croniche, con le specifiche di cui sopra, necessitano permanentemente di un'elevata assistenza e di un adeguato monitoraggio longitudinale del quadro clinico e del fabbisogno assistenziale e riabilitativo, da realizzarsi preferibilmente nel Nucleo di Alta Complessità neurologica cronica (N.A.C.).

Sempre la suddetta DGR n. 62-13647/2010 dispone che la dislocazione territoriale dei NSV e dei NAC, ciascuno con un numero di 10 posti letto, deve essere tale da garantire la presenza di un nucleo di entrambe le tipologie in ogni Azienda Sanitaria Locale. Allo stesso modo dispone che nel caso in cui i familiari esprimano la volontà di inserimento residenziale in una struttura socio-sanitaria diversa dal NSV o NAC individuato dall'UMVD, tale richiesta deve essere valutata e concordata con la medesima e con il Direttore di Distretto, che devono individuare una struttura idonea.

Tutto ciò premesso, nel 2012 i due Centri Esperti per la SLA uno presso l'A.O.U. San Giovanni Battista di Torino (oggi Città della Salute e della Scienza di Torino) e l'altro presso l'A.O.U. Maggiore della Carità di Novara sono pienamente attivi soddisfacendo così l'obiettivo qualitativo di garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni paziente affetto da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, al fine di offrire una cura mirata, che mantenga il soggetto nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento.

Altresì l'obiettivo di mantenimento e potenziamento del convenzionamento di pazienti in Nuclei di Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC), è stato perseguito in quanto è stato autorizzato sia alla realizzazione sia al funzionamento un NAC di 10 posti letto nell'ASL del Verbano Cusio Ossola e stato autorizzato alla realizzazione, sempre nel 2012, ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/1992 e s.m.i. un altro NAC nell'ASL di Biella.

Pertanto, complessivamente nel 2012 il 10% di persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica, Charcot-Marie-Tooth, Corea di Huntington e Sclerosi Multipla eligibili in NAC [almeno 37 soggetti] sono stati accolti nel NAC dell'ASL VCO o in una struttura residenziale socio-sanitaria sul territorio piemontese [per un valore complessivo di € 1.652.840,00=], quest'ultima individuata dall'UMVD, con un Progetto ad personam ed il relativo Piano Assistenziale Individuale concordato con il Direttore di Distretto, l'UMVD, la struttura residenziale socio-sanitaria individuata e la persona interessata/tutore.

Linea Progettuale 2 Non autosufficienza

Denominazione Progetto

Centri Diurni Alzheimer e Nuclei Alzheimer Temporanei quali nodi socio-sanitari della rete assistenziale all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena

Obiettivo del Centro Diurno Alzheimer Autonomo/Centro Diurno Alzheimer Integrato (C.D.A.A./C.D.A.I) è il miglioramento della qualità della vita dell'utente e dei suoi famigliari, la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, nonché la riduzione del ricorso all'istituzionalizzazione o, almeno, un suo allontanamento nel tempo.

A tal fine il C.D.A.A./C.D.A.I. predispone azioni volte a :

- individuare interventi terapeutici, anche per quanto concerne la presenza di altre eventuali patologie concomitanti;
- migliorare il quadro sintomatologico funzionale, psicologico e comportamentale;
- ridurre o abolire l'uso di psicofarmaci;
- stimolare le capacità sociali (comunicative, relazionali e cognitive);
- realizzare adeguati interventi di supporto ai famigliari e/o altre persone di riferimento.

Il C.D.A.A./C.D.A.I. è punto di riferimento anche per i famigliari e/o altre persone di riferimento degli utenti. A tal fine il personale del C.D.A.A./C.D.A.I. promuove nei confronti dei congiunti o altra persona di riferimento interventi tesi al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- riduzione dello stress;
- promozione del benessere psichico;
- mantenimento della salute fisica;
- miglioramento delle relazioni sociali;
- acquisizione di conoscenze sulla malattia e di capacità di gestire il paziente;
- miglioramento della relazione con il familiare o altra persona di riferimento.

Obiettivo del Nucleo Alzheimer Temporaneo (NAT) è quello di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie. Tali soggetti possono giovare, presso il suddetto Nucleo, di uno specifico ambiente di cura e di assistenza con progetti mirati al reinserimento nel setting precedente o all'inserimento in un nuovo percorso di cura, dopo un periodo di ospitalità temporanea.

Tant'è che l'U.V.G. sulla base di una diagnosi di demenza, accertata da strutture sanitarie competenti e deputate, valuta le condizioni cliniche e la severità dei disturbi comportamentali, individua i bisogni, ne definisce il Progetto individuale.

I disturbi comportamentali sono valutati con lo strumento Neuropsychiatric Inventory [(N.P.I) di Cummings IL, Mega M, Gray K], il punteggio complessivo non deve essere inferiore a 24 o raggiungere in un singolo disturbo (ad eccezione di apatia e depressione) un punteggio non inferiore a 12.

Il Progetto individuale deve comprendere gli obiettivi, le figure professionali coinvolte, gli interventi, i tempi di rivalutazione e in base all'esito il percorso successivo.

OBIETTIVI

- riduzione e controllo disturbi comportamentali;
- sostegno alle condizioni generali (in particolare nutrizionali);
- trattamento comorbidità;
- monitoraggio terapie psicofarmacologiche;
- riduzione e/o abolizione della contenzione fisica;
- tutela dell'incolumità del paziente;
- attivazione/riabilitazione applicata all'area cognitiva, all'area del comportamento e all'area dell'abilità funzionali con tecniche di comprovata efficacia.

Per i familiari degli ospiti nel NAT sono previste attività di sostegno quali colloqui individuali, gruppi di auto-mutuo-aiuto e formazione, al fine di facilitare la gestione del paziente anche per un eventuale rientro al domicilio.

Pertanto i C.D.A.A./C.D.A.I. e i NAT sono nodi territoriali importanti della rete socio-sanitaria per le persone affette da Alzheimer o altre demenze e per le loro famiglie, tant'è che, al fine di potenziare i nodi della rete, nel 2012 sono stati autorizzati alla realizzazione - ai sensi dell'art. 8 ter del D.Lgs 502/1992 e s.m.i. - tre Nuclei Alzheimer Temporanei di 20 p.l. ciascuno [due Nuclei nell'ASL TO3 ed un Nucleo nell'ASL CN1] e tre Centri Diurni Alzheimer Integrati per n. 85 posti [nello specifico n. 65 posti nell'ASL TO3 e n. 20 posti nell'ASLTO4].

La popolazione anziana piemontese (≥ 65 anni) nel 2012 è pari a 1.030.688; la letteratura scientifica identifica una percentuale di persone affette da Alzheimer o altre demenze di circa il 5% degli ultrasessantacinquenni [pari a 51.534 soggetti in Piemonte]. L'obiettivo regionale del 2012 è la presa in carico [con un progetto di residenzialità o semiresidenzialità] dello 0,9% di persone affette da Alzheimer o altre demenze in CDA e NAT; tant'è che sono 453 le persone con età \geq a 65 anni affette da Morbo di Alzheimer o altre demenze in convenzione in C.D.A.A./C.D.A.I. e in NAT al 31 dicembre 2012 [per un valore complessivo di € 12.000.000].

Linea Progettuale 2 Non autosufficienza

Denominazione Progetto

Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome

Con la D.G.R. n. 62 – 13647 del 22 marzo 2010 la Regione Piemonte ha istituito il Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo (SV), Stato di Minima Coscienza (SMC) e Locked-in Syndrome (LIS) al fine di concretizzare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza delle persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome,

attraverso il perfezionamento e la diversificazione sanitaria e socio-sanitaria, con lo scopo di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei loro familiari.

La realizzazione del Percorso prevede la definizione di livelli assistenziali, a prescindere dall'età, che assicurano interventi sia di tipo ospedaliero sia di tipo extra ospedaliero/territoriale, prevedendo i seguenti setting di cura:

1. Setting Ospedaliero attraverso, le Unità Stati Vegetativi in strutture ospedaliere;
2. Setting Territoriali, distinti in:
 - a) Residenziale, attraverso l'attivazione di Nuclei Stati Vegetativi (NSV) in strutture residenziali socio sanitarie accreditate o Case di Cura accreditate;
 - b) Domiciliare,

Al termine della fase acuta, definita la diagnosi di SV, la persona è avviata al Percorso dedicato alla post-acuzie e trasferito presso una delle strutture ospedaliere di Unità Stati Vegetativi se non eligibili alla riabilitazione di III Livello Cod. 75.

Nella suddetta Deliberazione di Giunta Regionale sono state individuate inizialmente due Unità Stati Vegetativi (USV) nelle seguenti strutture ospedaliere del SSR:

- Il Presidio Ospedaliero "San Lorenzo" di Carmagnola dell'Azienda Sanitaria Locale O5
- il Presidio Ospedaliero "Sant'Antonio" di Caraglio dell'Azienda Sanitaria Locale CN1.

L'appropriatezza garantita dall'U.S.V. ad ogni persona in Stato Vegetativo (S.V.) nasce dalla necessità di offrire una cura mirata a mantenere il paziente nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento.

L'U.S.V. può essere definita come Unità post-acuzie ad alta intensità medico-assistenziale ed è finalizzata:

1. alla presa in carico precoce di persone, provenienti da reparti di terapia intensiva, con esiti di Gravi Cerebrolesioni Acquisite (G.C.A.) caratterizzati nell'evoluzione clinica dal perdurare dello SV, oltre la quarta settimana dall'evento acuto;
2. alla gestione di un percorso appropriato, in relazione al possibile cambiamento del quadro clinico.

Terminato il Percorso della post-acuzie, viene attivato il Percorso della fase degli esiti, tant'è che la Struttura riabilitativa di III livello cod. 75 o l'Unità Stati Vegetativi, almeno 30 giorni prima della data prevista per le dimissioni del paziente, contatta preventivamente il Direttore del Distretto dell'ASL di appartenenza del paziente, al fine di concordare un progetto di reinserimento familiare (domiciliarità) o in struttura residenziale (residenzialità) attraverso l'Unità Multidisciplinare di Valutazione della disabilità (UMVD) di competenza per la predisposizione di un Progetto Individuale.

La composizione dell'UMVD garantisce la presenza delle figure afferenti all'ambito sanitario e socio-assistenziale competenti.

Nel caso di valutazioni riguardanti soggetti in età evolutiva*, è garantita la presenza, quale medico specializzato nella patologia, un neuropsichiatra infantile.

In sede di UMVD il Progetto Individuale è concordato con i famigliari o il tutore in base ai bisogni del soggetto e della famiglia o altra persona di riferimento.

Il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS) della persona interessata sono sempre essere invitati a presenziare alla seduta dell'UMVD nel corso della quale

viene definito il Progetto Individuale dell'assistito che hanno in carico. Nel caso di mancata presenza del MMG o PLS è comunicato loro l'esito della valutazione e del Progetto Individuale.

Nella fase di cronicità il percorso prevede la possibilità di inserimento in Nuclei Stati Vegetativi (NSV) per soggetto in Stato vegetativo o Stato di Minima Coscienza.

La permanenza al domicilio è comunque da favorire e sostenere in tutte le situazioni ove è attuabile e, soprattutto, in presenza di minori.

Sempre con la D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010 "Istituzione del percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome" sono stati definiti i requisiti organizzativi e strutturali del Nucleo Stati Vegetativi (NVS) e del Nucleo di Alta Complessità Neurologica cronica (NAC).

La suddetta deliberazione rimanda ad un successivo atto deliberativo per l'approvazione dei requisiti per l'accreditamento relativo alle strutture aventi Nuclei NSV e NAC con le relative disposizioni.

Con la D.G.R. n. 22-5036 dell'11 dicembre 2012 sono stati approvati i requisiti e le procedure per l'accreditamento di strutture con Nuclei Stati Vegetativi e Nuclei di Alta Complessità Neurologica, tant'è che le strutture pubbliche e private in possesso di autorizzazione al funzionamento di Nuclei NSV/NAC in base alla D.G.R. n. 62-13647/2010 in virtù della suddetta D.G.R. 22-5036/2012 possono accedere alle procedure di accreditamento con il sistema pubblico mediante presentazione di apposita istanza alla Azienda Sanitaria Locale territorialmente competente.

Con la D.G.R. 22-5036/2012 la Regione Piemonte ha continuato "il percorso di attuazione" del Percorso clinico assistenziale [individuato nell'anno 2010] per ogni soggetto in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza o Locked-in Syndrome, al fine di garantire una cura mirata, che mantenga la persona nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento.

Pertanto, complessivamente nel 2012 il 27% di persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza [almeno 63 soggetti nella fase degli esiti] sono stati accolti negli NSV sul territorio piemontese [per un valore complessivo di € 8.000.000,00=], questi ultimi individuati dall'UMVD, con un Progetto ad personam ed il relativo Piano Assistenziale Individuale, concordato con il Direttore di Distretto, l'UMVD, la struttura residenziale socio-sanitaria individuata e il tutore.

Linea Progettuale 4 Cure Palliative e Terapia del Dolore

Denominazione Progetto Programma regionale di Terapia del Dolore

Attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".

Con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 sono stati approvati il recepimento e l'iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

In particolare:

Il progetto ha definito un modello strutturale, clinico ed organizzativo, ripetibile ed adattabile alle diverse realtà della sanità piemontese, in linea con la legge 38/2010.

Contenuto generale del progetto è stato quello di attuare la rete di cure del dolore cronico, separata dalle cure palliative come da indicazioni nazionali e regionali, sul modello Hub and Spoke, definito dalla D.G.R. 29/2012 sopra citata.

In sintesi, si è voluta ottenere l'attuazione dell'articolazione delle strutture di Terapia del Dolore della regione Piemonte secondo i criteri di:

- Diversa complessità dell'offerta di metodologie di diagnosi
- Diversa complessità dei percorsi di trattamento
- Diversa complessità della gestione del paziente

Bacino di utenza

Il bacino di utenza potenziale è risultato essere su base regionale di 600.000 soggetti, su un totale di circa 4.500.000 abitanti.

Elementi caratterizzanti il modello

Il quadro organizzativo dei modelli HUB and Spoke é costituito da:

- standard di struttura
- standard di personale espresso in ore /lavoro
- standard di attività (es. attività ambulatoriale, attività in DH, ricovero ordinario, attività ambulatoriale di follow up)
- elenco prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Standard di processo

- modalità di accesso
- gestione liste di attesa
- accettazione
- orari di apertura
- organizzazione prime visite
- organizzazione follow up e monitoraggio terapie
- accessibilità alle terapie farmacologiche, in regime di DH, ambulatorio e a domicilio
- accessibilità alle terapie con oppiacei, in regime di DH, ambulatorio e a domicilio
- appoggio ad altra Struttura (Spoke su HUB)
- consulenze on line

Dotazioni e Apparecchiature necessarie

- elenco minimo di dotazione apparecchiature per la struttura HUB e le strutture SPOKE
- utilizzo sala operatoria indicata in ore /settimana
- utilizzo ambulatorio indicato in ore/settimana
- letti di DH a disposizione: n. letti e n. ricoveri potenziali settimana

La qualità delle cure erogate al paziente e i relativi esiti sono stati visti come il prodotto dell'insieme di processi gestionali, amministrativi, clinici e di sostegno, correlati direttamente o indirettamente con le cure ricevute dai pazienti.

I valori di corrispondenza a standard prefissati sono stati utilizzati per diversi scopi:

1. Accertare che le attività svolte siano coerenti con gli obiettivi generali e specifici e che i risultati attesi siano stati effettivamente raggiunti, secondo requisiti predefiniti di efficienza e di qualità;
2. Monitorare i risultati conseguiti per coglierne le variazioni nel tempo e per confrontarli con i valori relativi ad altre strutture simili, anche mediante il consolidamento di esperienze di benchmarking, in modo da evidenziare le possibili aree di miglioramento e concentrare l'attenzione su di esse;

3. Dare ai cittadini in generale ed ai pazienti in particolare tutte le informazioni utili per confrontare il tipo e la qualità delle prestazioni offerte, al fine di individuare le strutture che offrono le migliori garanzie in ordine ai risultati attesi;
4. Correlare lo sforzo organizzativo a livelli di performance effettiva ottenuta sui pazienti con dolore, misurabile e riproducibile nel tempo, in modo da rispondere al bisogno espresso in termini di qualità di vita attesa e ottenuta.

Linea Progettuale 4 Cure Palliative e Terapia del Dolore

Denominazione Progetto Programma regionale di Cure Palliative

“Attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento dell’Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all’art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”.

Con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 sono stati approvati il recepimento e l’iniziale attuazione dell’Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all’art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

In particolare:

Cure palliative rivolte ai malati non oncologici

E’ stata parzialmente estesa l’applicazione delle Cure Palliative rivolta a malati adulti non affetti da patologia oncologica. Sono state implementate alcune esperienze relative all’assistenza a domicilio di malati con patologie neurologiche (prevalentemente SLA), ma soltanto in alcune aree della regione (Biella, una parte della Provincia di Cuneo, Vercelli, alcune aree del torinese). In ogni caso, la copertura del bisogno è ancora scarsa, soprattutto per quanto riguarda l’assistenza alle persone anziane che si avviano alla fine della vita.

Sviluppo delle Cure Palliative pediatriche sul territorio regionale

Considerate le specifiche esigenze di cure palliative nell’età neonatale, pediatrica ed adolescenziale e tenuto conto della considerevole diversità dei problemi da affrontare rispetto a quelli presenti nell’età adulta e negli anziani, si è reso necessario lo sviluppo di una rete specifica per questa età, volta ad assicurare la miglior qualità della vita per i bambini affetti da patologia cronica incurabile (tale da non permettere di raggiungere l’età adulta) Si parla quindi di “prendersi cura” del bambino e della sua famiglia e di distinguere le cure palliative pediatriche dalle cure di fine vita, consistendo nella presa in carico totale dalla diagnosi, del corpo, della mente e dello spirito del bambino e della sua famiglia (WHO).

Sviluppo di programmi di formazione per le cure palliative sul territorio regionale

Nel corso dell’anno sono stati organizzati e svolti corsi di formazione in cure palliative presso le Aziende Sanitarie regionali, destinati agli operatori del settore, a tutti gli operatori delle Aziende ad ai medici di medicina generale.

Sviluppo omogeneo delle Reti locali di Cure Palliative su tutto il territorio regionale

Lo sviluppo delle Reti locali di Cure Palliative è tuttora parzialmente disomogeneo sul territorio regionale. Si è reso necessario favorire in tutti i modi lo sviluppo di Reti locali di Cure Palliative su tutto il territorio regionale, con garanzia di qualità eccellente dell'assistenza erogata e di adeguata copertura del bisogno, anche per quanto riguarda l'assistenza a malati alla fine della vita per patologie croniche non oncologiche.

Linea progettuale 5 Interventi per le biobanche di materiale umano

Denominazione Progetto

Consolidamento presso l'A.O. "Città della Salute" di Torino della Biobanca e delle Banche di tessuto Regionali e dei laboratori di produzione cellulare

Con la realizzazione dell'AO Città della Salute e della Scienza, la Regione Piemonte ha di fatto concentrato in questo ospedale la quasi totalità delle strutture che fanno parte della rete trapianti delle Regione. In particolare in questo polo sono operative le 5 Banche di Tessuto già istituite a livello Regionale, ed è sempre in questa Azienda che si intende porre lo sviluppo delle attività di medicina rigenerativa. Inoltre, dalla riorganizzazione delle attività di laboratorio, è pure emersa la necessità di integrare in un'unica struttura le collezioni di campioni biologici che a titolo diverso sono state raccolte nelle diverse Unità del nuovo ospedale.

Il progetto si è sviluppato nel 2012 nelle seguenti attività:

a) sostegno delle biobanche a scopo terapeutico, principalmente delle banche di sangue di cordone e di Tessuto Muscolo-Scheletrico. A questo scopo è stato sviluppato un progetto volto ad integrare fra loro le diverse banche esistenti presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (AOU CSS). Come indicatore è disponibile un documento di progetto dell'integrazione delle diverse banche di tessuto, con la possibilità di diverse opzioni da sviluppare in tempi differenti.

b) sviluppo di attività di terapie cellulari attraverso lo sviluppo di una rete regionale. La nuova Azienda ha coordinato le funzioni che sviluppino "terapie cellulari", svolte dalle banche dei tessuti e dal programma di trapianto di insule pancreatiche, nonché promuovere l'attivazione di cell factories al servizio delle diverse strutture assistenziali regionali che hanno la necessità di avvalersi di tali prodotti. In particolare è completata la realizzazione della Cell Factory del Presidio OIRM, mentre è in fase di completamento quella del Presidio CTO. La cell Factory del polo universitario delle Biotecnologie ha infine avviato il percorso di Certificazione AIFA

c) consolidamento, sviluppo e governo della rete di Biobanche. Dopo la ricognizione dello stato attuale della conservazione di materiali biologici presenti nei diversi presidi della AOU Città della Salute e della Scienza, e dopo la presentazione di un documento per la razionalizzazione della conservazione di materiale biologico, si sta dando corso al percorso tecnico per la realizzazione di una biobanca centralizzata dell'AOU CSS di Torino.

Linea Progettuale 8

Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del Percorso Nascita

Denominazione Progetto

Definizione delle attività dei consultori familiari della Regione Piemonte per il potenziamento dell'offerta attiva dei corsi di accompagnamento

La Regione Piemonte, nell'ambito del Coordinamento regionale dei consultori familiari, ha riorganizzato i corsi di accompagnamento alla nascita con l'elaborazione del documento "Linee regionali di indirizzo : incontri di accompagnamento alla nascita" al fine di rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire e prendersi cura del proprio bambino, sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte e promuovere salute all'interno del Percorso Nascita.

Inoltre con l'adozione dei provvedimenti: dgr n 35-583 del 29/01/2013 e dd 100 del 14/02/2013 l'Agenda di Gravidanza è stata revisionata e sono state introdotte, in ottemperanza alle linee regionali di indirizzo sugli incontri di accompagnamento alla nascita, due impegnative: incontri prima del parto (7 incontri) e incontri dopo la nascita (5 incontri).

I corsi di accompagnamento alla nascita, nelle loro diverse forme, si sono dimostrati efficaci nel migliorare le conoscenze riguardo argomenti come la gravidanza, il parto e la genitorialità.

Dall'analisi effettuata e tenuto conto della soddisfazione della donna/coppia è emerso una diminuzione di taglio cesareo e episiotomia tra le donne che hanno frequentato un corso CAN; inoltre :

- allattano in sala parto, in modo esclusivo e per più tempo (6 mesi, 2 anni)
- hanno più informazioni sulla contraccezione nel dopo e 40% di probabilità in più di usare un anticoncezionale efficace
- sono a minor rischio di vivere disagi emotivi dopo la nascita
- smettono più facilmente di fumare e riprendono in minor misura o non riprendono

Anno Parto : 2011

ASL Residenza Madre	Numero Donne	N° Agenda al PN	% donne con Agenda al PN
ASL TO1	3872	1057	27,30%
ASL TO2	3702	1246	33,66%
ASL TO3	4712	2439	51,76%
ASL TO4	4160	1534	36,88%
ASL TO5	2631	1631	61,99%
ASL VC	1306	883	67,61%
ASL BI	1152	933	80,99%
ASL NO	3355	1594	47,51%
ASL VCO	1316	777	59,04%
ASL CN1	3665	3199	87,29%
ASL CN2	1472	1030	69,97%
ASL AT	1643	1476	89,84%
ASL AL	2959	1800	60,83%
000 - FUORI REGIONE	829	182	21,95%
999 - NON COMUNICATO	279	114	40,86%
ASL 3 TORINO	5	4	80,00%
ASL 8 CHIERI	1	1	100,00%

Anno Parto : 2012

ASL Residenza Madre	Numero Donne	N° Agenda al PN	% donne con Agenda al PN
ASL TO1	3706	1199	32,35%
ASL TO2	3842	1420	36,96%
ASL TO3	4756	2921	61,42%
ASL TO4	4135	2290	55,38%
ASL TO5	2681	1803	67,25%
ASL VC	1393	1111	79,76%
ASL BI	1185	976	82,36%
ASL NO	3282	1988	60,57%
ASL VCO	1281	924	72,13%
ASL CN1	3735	3387	90,68%
ASL CN2	1449	1148	79,23%
ASL AT	1700	1519	89,35%
ASL AL	2912	1847	63,43%
000 - FUORI REGIONE	833	226	27,13%
ASL 1 TORINO	1	0	0,00%
999 - NON COMUNICATO	287	122	42,51%
ASL 3 TORINO	1	0	0,00%

Dai dati Cedap risulta che le donne che si presentano al Punto Nascita con l'Agenda di gravidanza sono in aumento.

Si è registrato in molte ASL della Regione Piemonte un lieve aumento della frequenza da parte di coppie/donne ai corsi CAN; anche se a livello di media regionale stiamo assistendo ad un decremento forse anche legato alla situazione di crisi generalizzate Data l'importanza dei corsi messa in evidenza dai dati di letteratura è necessario aumentare l'impegno.

CEDAP 2011: CAN in italiane primipare con gravidanza fisiologica			
ASL Residenza Madre	Numero donne residenti che hanno partorito	Numero donne che hanno seguito i corsi di accompagnamento	%
ASL AL	882	333	37,8%
ASL AT	523	218	41,7%
ASL BI	419	248	59,2%
ASL CN1	1147	703	61,3%
ASL CN2	443	311	70,2%
ASL NO	725	412	56,8%
ASL TO1	1104	318	28,8%
ASL TO2	900	286	31,8%
ASL TO3	1610	807	50,1%
ASL TO4	1456	807	55,4%
ASL TO5	815	403	49,4%
ASL VC	402	226	56,2%
ASL VCO	410	219	53,4%

CEDAP 2012: CAN in italiane primipare con gravidanza fisiologica

ASL Residenza Madre	Numero donne residenti che hanno partorito	Numero donne che hanno seguito i corsi di accompagnamento	%
ASL AL	949	425	44,8%
ASL AT	536	223	41,6%
ASL BI	440	223	50,7%
ASL CN1	1235	782	63,3%
ASL CN2	457	316	69,1%
ASL NO	694	405	58,4%
ASL TO1	1044	261	25,0%
ASL TO2	876	226	25,8%
ASL TO3	1639	783	47,8%
ASL TO4	1440	783	54,4%
ASL TO5	801	372	46,4%
ASL VC	395	175	44,3%
ASL VCO	383	208	54,3%

Linea Progettuale 8

Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del Percorso Nascita

Denominazione Progetto

Promozione della salute per la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza per le donne immigrate

Il percorso per la prevenzione dell'IVG si realizza attraverso la promozione di una maggiore consapevolezza della propria salute riproduttiva, una maggiore conoscenza dei metodi contraccettivi, dei servizi socio-sanitari e può essere una delle occasioni per favorire la prevenzione dell'aborto ripetuto.

Mediante specifici interventi formativi rivolti a

- Leader delle varie comunità etniche presenti a Torino
 - Comunità etniche: dell'Est Europa e del Maghreb presenti a Torino
 - Operatori e mediatori che collaborano presso tutti i Consultori della città di Torino
- si è realizzato un obiettivo di Prevenzione primaria.

Gli interventi formativi realizzati sono stati sette .

I primi interventi formativi - con l'obiettivo di ridurre l'utilizzo della pratica IVG come metodo anticoncezionale - sono stati rivolti alle leader/mediatrici delle varie comunità etniche presenti a Torino.

Gli incontri hanno trattato argomenti quali:

- La salute riproduttiva della donna

- Sessualità tra natura e cultura: verso un'educazione sessuale transculturale
- Psicopedagogia della contraccezione: dai metodi naturali agli estraprogestinici

La partecipazione è stata buona e costante e si sono state registrate presenze di diverse nazionalità: albanese, cinese, dominicana, italiana, marocchina, nigeriana, peruviana, rumena e montenegrina. Altri interventi formativi sono stati rivolti alle comunità etniche dell'Est Europa e del Nord Africa attivando una rete di associazioni socio-culturali italo-rumene, aggregazioni religiose, mediatori interculturali.

E' stato inoltre organizzato un corso formativo: "La prevenzione dell'IVG tra le donne straniere: una rete tra gli operatori" rivolto a figure professionali quali i referenti dei consultori, i coordinatori infermieristici, le ostetriche, Peas, referenti ISI, mediatori interculturali, associazioni interculturali, CTP . E' stato distribuito materiale informativo in diverse lingue nei consultori, associazioni interculturali, biblioteche civiche, CTP .

Inoltre, nella nostra Regione , il counseling e la prescrizione contraccettiva sono già parte integrante del colloquio e della visita per il rilascio del documento per l'IVG, soprattutto per le donne straniere il Consultorio, conosciuto soprattutto tramite il passaparola, è a tutti gli effetti il luogo prevalente dove richiedere il documento per IVG, raramente si rivolgono a ginecologi privati (che in Piemonte rilasciano comunque solo il 16,33 % dei documenti/certificazione per l' IVG sul totale) ed anche i nostri Presidi Ospedalieri (tramite Pronto soccorso e Guardia ostetrica) nella maggior parte dei casi inviano le donne al Consultorio per le richieste.

I dati SDO rilevano che:

nel 2012 le donne che hanno effettuato IVG residenti nella Regione Piemonte sono state 8.848 .
nel 2011 9.403 e nel 2010 9.148

Linea progettuale 9 Malattie rare

Denominazione Progetto

Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta, sviluppo di un sistema informativo e di gestione integrato

La rete per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta rappresenta una realtà ampiamente "strutturata" all'interno del sistema delle due regioni. Ad oggi il sistema di registrazione informatizzato ed accessibile via web ha permesso di censire e di rendere tracciabili più dei due terzi dei pazienti aventi diritto all'esenzione per malattia rara. La presenza di alcune gruppi di lavoro dedicati ha permesso di rendere maggiormente omogeneo e rispondente alle linee guida esistenti il trattamento di 20 patologie rare.

Sono state inoltre avviate interazioni per l'integrazione dei sistemi di rete con le regioni geograficamente più prossime, mediante lo sviluppo di protocolli condivisi per la gestione di problematiche diagnostiche complesse (ad esempio i test genetici) e per la fornitura di servizi di assistenza farmaceutica appropriati e "cost effective" (sviluppo di reti ospedaliere per la produzione di galenici, somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici).

Relativamente agli esiti del progetto 2012 "Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta, sviluppo di un sistema informativo e di gestione integrato" si comunica che:

- sono stati realizzati i PDTA dedicati a:
Linfedema primitivo (Nota alle ASR del 4.9.2012)
Sindrome da anticorpi antifosfolipidi

Sindrome di Arnold-Chiari
Siringomielia
Sindrome di Prader-Willi

- Per quanto attiene alla formazione ECM sono state realizzate 5 edizioni del corso dedicato alla sindrome da anticorpi antifosfolipidi per medici e chirurghi ed una edizione dedicata ai biologi .
- E' stata inoltre messa in produzione la nuova versione dell'applicativo per la gestione del registro delle malattie rare. L'incremento delle segnalazioni rispetto all'anno precedente è stato pari al 34%.
- Infine è stata rinnovata l'homepage del sito web delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta per agevolarne l'uso da parte dei pazienti e degli operatori.

Linea Progettuale 10 Valorizzazione dell'apporto del volontariato

Denominazione Progetto

**LP9 Valorizzazione dell'apporto del volontariato
1 - Programma di assistenza sanitaria a favore dei cittadini extracomunitari provenienti da paesi in via di sviluppo, di cui all'art. 32 comma 15 della legge 449/97, con stanziamento di risorse economiche da parte della Regione da mettere a disposizione delle Aziende Sanitarie Regionali per l'erogazione di prestazioni di alta specializzazione per gravi patologie. Interventi di cooperazione sanitaria tramite l'invio di personale sanitario dipendente delle Strutture Sanitarie Pubbliche del Piemonte disponibile ad attività di volontariato all'estero.**

Sintesi del contenuto del progetto:

Con D.G.R. n. 129-14128 del 22.11.2004 è stato approvato un programma di interventi di assistenza sanitaria a favore dei cittadini extracomunitari, di cui all'art. 32, comma 15, L. 449/97.

Nello specifico, con la D.G.R. suddetta, si è inteso intervenire, attraverso un primo stanziamento di risorse finanziarie, da mettere a disposizione delle Aziende Sanitarie regionali, al fine di affrontare e risolvere casi umanitari di cittadini stranieri minori non appartenenti all'Unione Europea, che necessitano di interventi sanitari non effettuabili nel loro paese di origine e per i quali è indispensabile poter offrire in tempi brevissimi, con procedure amministrative snelle, assistenza sanitaria presso le strutture ospedaliere della nostra Regione.

Con successiva D.G.R. n. 32-773 del 05.09.2005, di parziale modifica della precedente, è stata approvata la prosecuzione del programma suddetto, che si prosegue a tutt'oggi.

Per la realizzazione di tale programma è stata impegnata nel corso degli anni una somma complessiva di € 5.250.000,00.

La Giunta Regionale, dopo alcuni periodi di sperimentazione in sede di prima applicazione del programma, ha valutato opportuno ampliare le proprie attività sostenendo due tipi di iniziative:

- o proseguire con il ricovero e la cura dei minori provenienti da paesi in via di sviluppo, presso le strutture ospedaliere regionali;
- o avviare un programma di cooperazione sanitaria rivolto a Paesi in via di sviluppo.

E', dunque, per la generale tutela della salute, non solo come diritto, ma come bene comune, che si è valutato opportuno contribuire a rispondere ai bisogni sanitari prevalenti nei Paesi in via di sviluppo, nella logica di messa a disposizione delle competenze degli operatori sanitari, impiegati nelle Aziende Sanitarie della Regione, offrendo loro la possibilità di prestare la propria opera professionale, in limitati periodi dell'anno, nell'ambito di progetti di cooperazione sanitaria.

A tal fine, con la L.R. n. 12 del 23 maggio 2008 art. 20, è stato introdotto il nuovo istituto giuridico di aspettativa retribuita che può essere riconosciuta ai dipendenti delle Aziende Sanitarie regionali e il cui costo, non potendo gravare sul bilancio ordinario, sarà rimborsato dalla Regione alle Aziende interessate.

Con D.G.R. n. 51-10154 del 24.11.2008, si è provveduto, pertanto, a integrare il programma di interventi di cooperazione sanitaria, tramite l'invio di personale sanitario dipendente delle strutture sanitarie pubbliche del Piemonte, disponibile a svolgere attività di volontariato all'estero; le modalità di svolgimento del programma di interventi di cui sopra, sono state definite con apposito bando, approvato con D.D. n. 1007 del 30.12.2008, rinnovato con la D.D. n. 15 del 26.01.2009.

Per dare attuazione a tale procedura si è previsto di stipulare un apposito protocollo tra Regione Piemonte, Città di Torino e l'Azienda Ospedaliera OIRM/Sant'Anna di Torino, al fine di disciplinare le attività ed i compiti dei vari enti coinvolti, e prevedere la costituzione di un'apposita commissione interistituzionale per la valutazione dei casi e del relativo programma di accompagnamento.

Le azioni consistono nell'agevolare il volontariato e il terzo settore, assai attivi sul territorio regionale, nelle attività di assistenza ospedaliera per prestazioni di alta specializzazione non altrimenti disponibili nei Paesi di provenienza sui bimbi affetti da gravi patologie, che arrivano in Italia per intervento dell'associazionismo con assistenza nel disbrigo delle pratiche sanitarie, documentazione d'Ambasciata, spese di viaggio, vitto, alloggio, assicurazione e accompagnamento interamente a carico dell'associazione. Inoltre, si è inteso agevolare le attività di volontariato sanitario direttamente in loco, nei Paesi in via di sviluppo, per il funzionamento delle attività ospedaliere, ambulatoriali e di prevenzione, privilegiando in particolare le azioni svolte dall'associazionismo di volontariato volte a formare le professionalità sanitarie e le modalità di assistenza disponibili sul posto per il miglioramento della qualità delle prestazioni. Anche in tal caso, l'associazione sostiene tutte le spese di viaggio, soggiorno e assicurazione e la Regione ha inteso collaborare finanziando alle ASR di appartenenza dei volontari le spese di congedo retribuito a loro favore, per un massimo di 30 giorni.

Contesto:

Il progetto nasce dall'esigenza di affrontare e risolvere casi umanitari di cittadini stranieri minori non appartenenti all'Unione Europea, che necessitano di interventi sanitari non effettuabili nel loro paese di origine e contemporaneamente migliorare la qualità e la quantità dell'assistenza sanitaria in loco ad opera dei sanitari volontari.

Obiettivi e risultati attesi:

Nel biennio di efficacia del Protocollo è stato possibile l'invio di n. 23 operatori sanitari in Paesi in via di sviluppo e l'accesso alle cure, prevalentemente oncologiche e cardiocirurgiche di n. 56 bambini provenienti da Paesi in via di sviluppo.

Il numero sempre più alto di richieste di minori extracomunitari affetti da gravi patologie e non operabili presso i Paesi d'origine di appoggiarsi alle Strutture Ospedaliere della Regione Piemonte rende necessaria la creazione di istituti appositi di valutazione e controllo delle richieste medesime, mediante i quali erogare le somme utili a tal fine. L'invio di personale sanitario volontario nei Paesi Terzi può rendere possibile una loro futura, auspicabile autonomia in talune basilari professionalità.

Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori:

Non esiste una vera e propria strategia di comunicazione collettiva, ma una comunicazione nei confronti del territorio legata all'iniziativa di Associazioni di volontariato, ONLUS, Aziende Sanitarie Pubbliche.

Articolazione del progetto:

Predisposizione di n. 2 bandi regionali annuali per la presentazione delle richieste di assistenza minori e dei progetti di intervento nei paesi in via di sviluppo da parte delle associazioni, alle scadenze indicate per l'anno in corso.

Le Aziende Sanitarie Locali dovranno documentare e comprovare l'impatto economico in termini di

risorse e attività nelle richieste rendicontazioni.

Risultati:

- D.D. n. 480 del 13 luglio 2012 recante "Procedura di evidenza pubblica per la presentazione delle istanze di assistenza sanitaria a favore di minori provenienti da Paesi in via di sviluppo – Bando 2012. Impegno di Euro 900.000,00 sul cap. 162909/2012 a favore delle Aziende Sanitarie Regionali". Ammessi al programma, n. 11 bambini affetti prevalentemente da patologie cardiache e tumorali.
- Determinazione dirigenziale n. 198 del 22.3.2012 avente ad oggetto: "Attuazione del programma di interventi di cooperazione sanitaria: sostegno alle associazioni di volontariato per l'attuazione di progetti di cooperazione in cui sia previsto l'invio di personale sanitario dipendente delle strutture sanitarie pubbliche del Piemonte. Approvazione Bando. Impegno di Euro 100.000,00 sul cap. 157322/2012". Inviati con il programma n. 10 sanitari volontari in Paesi in via di sviluppo.

Linea Progettuale 13 Piano Nazionale Prevenzione

Denominazione Progetto Piano regionale di prevenzione 2010-2012

Relazione dell'attività svolta con raggiungimento dei risultati ottenuti in ciascuna delle linee progettuali del Piano regionale di prevenzione (PRP) nel 2012.

Prevenzione delle patologie e condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari; riduzione della prevalenza di soggetti con stili di vita non sani.

Gli interventi di promozione della salute nella popolazione giovanile previsti dal PRP piemontese sono stati inclusi nella programmazione degli anni scolastici 2011-2012 e 2012-2013 e avviati e sviluppati grazie al sostegno del coordinamento nazionale del Programma "Guadagnare Salute in Adolescenza" che ha consentito la sua implementazione e diffusione in un gran numero di scuole piemontesi. Tutti i progetti sono stati avviati in almeno una ASL piemontese: con l'eccezione del progetto "Peer to peer", effettuato nella sola ASL di Vercelli, in due istituti scolastici, gli altri sono stati effettuati in tre o più ASL; il progetto "Unplugged" è stato implementato in tutte le 13 ASL piemontesi. È aumentato il numero di scuole coinvolte nel territorio regionale nei progetti passando dal 23,4% al 33,8%.

Per quanto riguarda il miglioramento dell'offerta alimentare nelle ristorazioni scolastiche e assistenziali, sono stati attivati in tutte le ASL corsi per gli operatori delle strutture di ristorazione collettiva per il miglioramento delle attività di porzionatura degli alimenti nella ristorazione scolastica e per migliorare la sorveglianza nutrizionale e la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nelle strutture per anziani. Nel 2012 in concomitanza con l'indagine Okkio alla salute è stata effettuata la terza raccolta dati sulle etichette nutrizionali degli snack più consumati dai bambini ed è stata quindi ulteriormente implementata la banca dati regionale sulle etichette nutrizionali degli snack. Tale strumento è stato utilizzato per definire programmi e strumenti di informazione-formazione degli operatori e per un progetto pilota sviluppato nell'ASL CN1 di miglioramento della qualità dell'offerta alimentare. In 3 ASL sono stati attuati interventi per il miglioramento dell'offerta alimentare nella distribuzione automatica di alimenti. Sono stati attivati tavoli di lavoro con Associazioni di categoria ed imprese alimentari per il miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare. In due ASL sono stati realizzati interventi per il miglioramento della qualità nutrizionale dell'offerta alimentare.

Prevenzione, controllo e riduzione delle patologie determinate da alimenti.

Sia nel 2011 che nel 2012 il PRISA (Piano regionale integrato dei controlli di sicurezza alimentare) ha riproposto indirizzi per il miglioramento dell'attività di controllo. Almeno 8 di essi sono stati ripresi in almeno il 90% delle ASL. In alcuni casi gli obiettivi di miglioramento presupponevano un'attività di livello regionale. Anche in tali casi le ASL hanno fornito un contributo partecipando con personale ai gruppi di lavoro appositamente istituiti che hanno realizzato documenti di indirizzo e percorsi formativi (microimpresa, malattie trasmesse da alimenti, audit, protocollo tecnico per l'effettuazione dei controlli microbiologici sugli alimenti e l'interpretazione e gestione degli esiti analitici, ecc.). In molti casi gli obiettivi di miglioramento, previsti nel PRISA, sono stati inseriti stabilmente nelle procedure aziendali costituendo pratica consolidata in uso nei Servizi di Sicurezza alimentare.

Prevenzione delle malattie trasmissibili.

Il sistema si è consolidato, tutte le indagini e le conseguenti attività di prevenzione e controllo sono state svolte. L'analisi dei dati permette una buona descrizione epidemiologica, e i risultati sono stati diffusi in occasione di eventi formativi e tramite il sito web.

Tutti i casi sospetti di rosolia in gravidanza e rosolia congenita sono stati sottoposti a conferma.

Prevenzione dei rischi in ambienti di vita.

Sono stati completati due documenti:

- "Atlante Piemontese delle ditte fonti potenziali di emissione di sostanze cancerogene", che riporta l'elenco ditte potenzialmente emettitrici di cancerogeni in classe 1 IARC, da intendersi come possibili fonti di emissione di sostanza cancerogena, dato che nelle lavorazioni assicurate presso l'INAIL sono presenti voci di tariffa riconducibili alla presenza delle sostanze in classe 1 IARC.
- "Atlante del rischio per la sicurezza alimentare derivante da contaminazione ambientale", che identifica 140 stabilimenti industriali potenzialmente in grado di diffondere PCB e diossine in atmosfera, con l'indicazione delle informazioni geografiche utili alla loro georeferenziazione sul territorio.

Servizi Veterinari, IZS e ARPA sono stati coinvolti nel piano di monitoraggio e rispettivo piano di campionamento delle matrici (ambientali ed animali) in particolare per quanto riguarda diossine e PCB. I controlli sono stati effettuati, prevalentemente, nelle due aree a contaminazione nota da diossine (Val Susa, To, e area di Carisio, Vc). La situazione, in particolare nell'area Val Susa, risulta nettamente migliorata. Nel 2012 sono anche state attivate iniziative di biomonitoraggio per verificare la situazione relativa a determinati inquinanti nell'area interessata alla realizzazione dell'inceneritore dell'area del Gerbido. Inoltre, in collaborazione con l'ISS, è stato realizzato il piano di biomonitoraggio previsto dal progetto WOMEN-BIOPOP, condotto in donne in età fertile residenti nell'ASL TO3 (area alta Val Chisone come indicatore di zona a bassa/nulla esposizione, area Val Susa come indicatore di zona ad elevata esposizione, area Frossasco come indicatore di una zona ad esposizione intermedia) e in pazienti dell'ASO Sant'Anna.

Nel 2012 è stata realizzata l'implementazione del corso di Laurea per Tecnici della Prevenzione nel quale è stato inserito, nel contesto degli obiettivi specifici di tirocinio per l'ambito della sanità pubblica ed ambientale, un percorso specifico, articolato sui tre anni del corso, su "impatto ambientale di insediamenti produttivi".

Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro: prevenzione in agricoltura.

Le ASL "agricole" hanno avuto accesso ai dati dell'Anagrafe Aziende Agricole regionale attraverso la cooperazione con l'Assessorato Agricoltura che la gestisce. Hanno così potuto disporre di una banca dati ricca di informazioni utili a migliorare la programmazione delle proprie attività di prevenzione. I Servizi hanno operato per effettuare la ricostruzione degli infortuni mortali in agricoltura e attraverso l'ASL AL il sistema piemontese ha contribuito all'alimentazione del registro nazionale dedicato. È poi stata avviata una specifica analisi su hobbisti coinvolti in incidenti provocati da macchine e attrezzature agricole, secondo indicazioni nazionali.

Sono stati distribuiti alle Associazioni di categoria pieghevole informativi prodotti dal Coordinamento delle Regioni e da INAIL e, attraverso la cooperazione con l'Assessorato Agricoltura e CNR Imamoter, sono state realizzate monografie dedicate all'adeguamento e messa in sicurezza di macchine agricole. Sono stati realizzati percorsi formativi per consulenti aziendali agricoli su macchine e su rischio chimico. In tale ambito è stato formato anche personale ASL impegnato nella vigilanza sul comparto. Nel triennio 2010-2012 le ASL hanno effettuato complessivamente più di 800 controlli in aziende agricole.

Prevenzione dei rischi infortunistici in ambito domestico.

Sono state realizzate iniziative di promozione dei gruppi di cammino nella popolazione anziana attraverso momenti informativi sugli stili di vita sani in luoghi di aggregazione, quali l'università della terza età, centri anziani di Comuni e Circoscrizioni, sindacati anziani. È continuata la collaborazione con UISP, presente sul territorio nelle associazioni sportive, nelle bocciofile, nell'organizzazione di eventi.

Importante è anche l'azione dei MMG che cominciano a "prescrivere" l'attività fisica come importante coadiuvante nella prevenzione e cura delle patologie croniche sensibili al movimento.

Prevenzione degli incidenti stradali.

Nel 2012 sono stati attuati/implementati diversi interventi, basati su prove di efficacia, finalizzati alla riduzione della mortalità e disabilità conseguenti ad incidenti stradali, connessi in particolare alla guida sotto l'effetto di sostanze o al mancato utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, nei giovani della fascia di età compresa tra i 14 e i 29 anni, molti dei quali con il coinvolgimento dei moltiplicatori dell'azione preventiva individuati localmente.

Linea progettuale 13 Piano Nazionale della Prevenzione

Denominazione Progetto

Programma regionale di screening del carcinoma della mammella, dei tumori del collo dell'utero e dei tumori del colonretto, "Prevenzione serena".

L'attività di prevenzione erogata attraverso programmi di screening organizzati, è da tempo prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza. In Piemonte la DGR 111-3632 del 02-08-2006 ha riorganizzato il programma già attivo ed ha previsto, tra l'altro, il confluire dell'attività di prevenzione secondaria oncologica (screening) nel programma organizzato "Prevenzione Serena", in ragione della qualità del percorso preventivo e diagnostico che con questo programma viene offerto all'utenza.

La connotazione Dipartimentale e l'evoluzione con il nuovo assetto ospedaliero.

L'attività del programma di screening è stata fin dall'inizio basata, secondo una logica di ottimizzazione delle risorse e di standard di qualità, su una connotazione organizzativa Dipartimentale sostanzialmente analoga e abbastanza sovrapponibile a quella dell'assetto territoriale delle ASL piemontesi dopo l'accorpamento del 2008.

Alla luce della recente riorganizzazione amministrativa lo screening organizzato ben corrisponde a vari punti della DGR 51-1358 del 29.12.2010. Certamente è perseguita con determinazione dal programma di screening la ricerca di equità nell'accessibilità ai servizi sanitari, sia perché lo screening organizzato invita residenti o domiciliati con scelta del MMG, con invito attivo, cioè con lettera del MMG, al momento opportuno per sottoporsi a screening, sia perché anche in assenza di lettera di invito si può accedere in uno dei centri di Prevenzione Serena per eseguire l'esame quando è il momento.

Esiste quindi la possibilità del cittadino di scegliere dove sottoporsi a screening, che è un altro dei punti fondamentali della citata DGR.

Per offrire la massima “centralità” del cittadino l’impegno deve essere quello di garantire la massima qualità al minor costo. La ricerca del livello ottimale di appropriatezza nella modalità e nella tipologia di prestazioni erogate va proprio in questa direzione.

Questo significa ridurre duplicazioni di prestazioni e soprattutto indagini talvolta inutili, di non dimostrata efficacia, se non addirittura in contrasto con raccomandazioni nazionali o internazionali.

A questo proposito vale la pena di ricordare che in Italia esiste una attività di prevenzione organizzata attraverso i programmi di screening ma, contestualmente, è diffuso il ricorso alla prevenzione oncologica con i test di screening al di fuori dei programmi organizzati. Questo avviene per iniziativa spontanea dell’interessato o di chi per lui è mediatore della domanda di salute, cioè il medico di medicina generale, ma anche gli specialisti pubblici e privati.

Gli stessi test di screening possono infatti essere anche prescritti per motivi diagnostici o per altri motivi e sono presenti nel nomenclatore della diagnostica strumentale.

La situazione di “doppio regime” che si viene in questo modo a creare, è stata contrastata dalla DGR 111-3632 del 02-08-2006, che richiedeva che le attività di prevenzione secondaria oncologica rientrassero nei programmi di screening organizzato, lasciando, di conseguenza, libere le corsie d’accesso alle stesse prestazioni richieste per motivi diversi dallo screening oncologico sul canale della specialistica ambulatoriale.

L’assetto organizzativo Dipartimentale dello screening ha visto finora il coinvolgimento di molte AO o di strutture ospedaliere facenti parte delle ASL. Occorre quindi fare in modo che l’individuazione di poli ospedalieri si integri in modo efficiente con il sistema screening.

Negli assetti dipartimentali degli screening è infatti stabilita la presenza delle Aziende Ospedaliere o di ospedali che comunque concorrono alla realizzazione delle prestazioni nell’ambito del processo di screening.

L’organizzazione in Dipartimento Interaziendale ha permesso di raggiungere quasi la popolazione target, di assicurare l’effettuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici stabiliti, strutturando i rapporti tra tutte le Aziende Sanitarie che compongono il dipartimento.

Le tariffe degli screening oncologici includono i costi di tutte le fasi del percorso di screening, diagnosi inclusa, come pacchetto di prestazioni, contenendo i costi e assicurando la continuità assistenziale.

L’organizzazione Dipartimentale ha assicurato l’approvvigionamento delle prestazioni necessarie e del rispetto dei livelli di qualità richiesti e documentati.

I Dipartimenti di screening (DIPST) si sovrappongono, come popolazione servita, alle aziende territoriali nel cui territorio si trovano i gruppi di ospedali (hub).

Pertanto, pare importante confermare nelle logiche gestionali l’attuale libertà dell’assistito di decidere dove accedere alle prestazioni di screening, e di non vincolare le prestazioni di 1° e 2° livello erogate dagli ospedali (praticamente tutte meno il prelievo per il pap test) a criteri di corrispondenza tra territorio dell’hub e territorio della Azienda sanitaria di residenza.

In secondo luogo sembrano rilevanti logiche gestionali relativamente alle prestazioni, connesse agli screening dei tumori, ispirate ad obiettivi di appropriatezza, economia di scala e qualità.

Le azioni intraprese e consolidate sono relative alla:

- centralizzazione di attività connesse al laboratorio e alla patologia clinica (centri unificati di citologia e per il test HPV, centri per la determinazione del sangue occulto nelle feci) anche tra più hub ospedalieri
- centralizzazione della refertazione mammografica con trasmissione a distanza di immagini digitali per volumi di doppia lettura di 50.000-70.000 esami-anno per cluster di centri di effettuazione dello screening mammografico anche tra diversi hub ospedalieri
- integrazione del trattamento del piano di riconversione delle prestazioni ambulatoriali di “prevenzione nel programma di Prevenzione Serena” in applicazione della DGR 111

- applicazione del piano di riconversione delle prestazioni ambulatoriali di “prevenzione nel programma di Prevenzione Serena” in applicazione della DGR 111.

Attività di screening.

Lo screening organizzato è in Piemonte un'attività di prevenzione da molti anni consolidata e documentatamente efficace che viene realizzata solo per quelle patologie per cui i programmi di screening vengono raccomandati.

Lo screening per il cervicocarcinoma

Nel triennio 2010-2012 sono state invitate a sottoporsi a Pap Test più di un milione di donne pari al 94% circa della popolazione obiettivo 25-64 anni. Circa il 40% di queste partecipa ed è per questo che il numero di esami è poco meno di 200.000 all'anno. Il gap tra inviti e adesioni rappresenta una situazione abbastanza comune in Italia, attribuibile in buona parte alla diffusione di pratiche di prevenzione al di fuori dello screening organizzato da parte di donne che effettuano il Pap Test annualmente, mentre vi sono donne che non lo effettuano mai o lo effettuano discontinuamente.

Tutto ciò a fronte del fatto che la protezione conferita dalla regolare esecuzione del Pap test è molto alta, al punto da far ritenere sufficiente l'esecuzione del Pap test a scadenza triennale.

Inviti ed esami riferiti alla popolazione obiettivo costituiscono la cosiddetta “copertura”, indicatori della diffusione e del livello di attività del programma organizzato.

Poiché il programma ambisce alla qualità, non solo percepita ma tecnica ed effettiva, il programma è soggetto a monitoraggio con un set di indicatori di processo ed organizzativi. Tra questi ultimi ci sono gli intervalli di refertazione. I risultati sono buoni in generale, ma scarsi in qualche dipartimento. A Torino, in ottemperanza alla DGR 111-3632 del 02-08-2006 si è provveduto a centralizzare tutta l'attività di lettura precedentemente svolta in 5 differenti laboratori di citologia/anatomia patologica ottimizzando risorse e costi di personale con un sostanziale miglioramento del servizio consistito in una ottimizzazione dell'intervallo di refertazione per i Pap Test (la quasi totalità viene evasa entro tre settimane dall'esecuzione).

Il tempo d'attesa per eseguire la colposcopia è invece ancora ovunque al di sotto dei livelli accettabili.

Gli indicatori di risultato sono essenzialmente legati alla riduzione di mortalità e di incidenza, visibili però solo a lungo termine, tuttavia l'analisi combinata di altri indicatori permette comunque di valutare l'efficacia del programma.

Tra i principali indicatori vale la pena di ricordare in questo contesto il Recall Rate (proporzione di richiami): la proporzione di donne che vengono richiamate per effettuare l'approfondimento colposcopico, previsto dal II livello dello screening. I valori sono buoni perché lo standard prevede che siano inferiori al 3.5% delle aderenti.

Il Detection Rate rappresenta invece la proporzione di lesioni (CIN2+) accertate istologicamente tra le donne aderenti al programma.

Lo screening cervicale piemontese da anni trasmette i propri dati annuali di attività e di valutazione all'Osservatorio Nazionale Screening che ha una funzione di monitoraggio istituzionale (Ministero Salute) sui programmi italiani e ogni anno i dati sono presentati in occasione di un workshop formativo e resi disponibili su www.cpo.it.

Va rilevato infine che i nuovi test, come ad esempio quello per la presenza del Virus del Papilloma Umano (HPV) si sono rivelati molto promettenti anche nell'ambito di programmi di screening organizzato. A Torino è in corso il progetto pilota per l'utilizzo dell'HPV quale test primario per lo screening cervicale ed è probabile che in futuro si potranno applicare intervalli più lunghi nell'esecuzione dei test rispetto a quelli attualmente raccomandati. Il programma di screening rappresenta quindi un esempio di come l'attività di ricerca svolta in ambito CPO (in questo caso con finanziamenti ministeriali) possa trovare applicazioni

volte al miglioramento della efficacia dei servizi. Analisi dei costi sono in corso per valutare comparativamente il modello tradizionale di screening con quello con HPV.

Lo screening mammografico

Linee guida Europee e Raccomandazioni Nazionali collocano la mammografia come test di screening per i programmi organizzati perché su questo test vi è consenso sull'efficacia.

I programmi di screening vengono, infatti, raccomandati laddove vi è sufficiente evidenza scientifica che il beneficio di sottoporvisi sia superiore agli svantaggi ed ai rischi cui ci si espone.

Nella DGR 111-3632 del 02-08-2006 si tiene conto di questo aspetto. La periodicità prevista è ogni due anni nella fascia d'età 50-69, tuttavia il programma di screening Piemontese è esteso alla fascia 45-49, solo su partecipazione spontanea, proprio perché nelle aree di incertezza è bene che sia il cittadino il primo responsabile delle proprie scelte di salute. Il programma, comunque, nel caso in cui si aderisca allo screening in questa fascia d'età ha cura di invitare le donne con cadenza in questo caso annuale. La possibilità di accedere spontaneamente è conservata con periodicità biennale anche oltre i 69 anni fino ai 75.

Il programma di screening richiama le donne solitamente nello stesso centro in cui era stata eseguita la mammografia precedente (per la possibilità di disporre dei precedenti esami con facilità) ma anche nel caso dello screening mammografico vi è la possibilità per la cittadina piemontese (o domiciliata come sopra) di iniziare un nuovo episodio (round) di screening in uno qualsiasi dei centri regionali.

Anche per quanto riguarda lo screening mammografico lo sviluppo degli ultimi anni ha portato ad un incremento progressivo della popolazione afferente al programma.

Nella fascia d'età 50-69 le donne invitate sono state circa l'81% delle donne che si sarebbero dovute invitare teoricamente nell'anno. Circa la metà di queste donne ha usufruito del programma. E' evidente una certa eterogeneità tra Dipartimenti e tra Aziende che va colmata.

A questa attività si aggiunge quella relativa a circa 43.000 donne di età 45-49, invitate per lettera o considerate invitate perché pervenute con adesione spontanea, cui corrispondono circa 29.000 esami eseguiti.

Analogamente a quanto accade per lo screening cervicale sono individuati e monitorati gli indicatori di attività e di processo.

La Detection Rate e Recall Rate, per gli ultimi anni, sono già disponibili anche nel caso dello screening mammografico gli intervalli di refertazione e ancora di più i tempi di attesa per l'intervento chirurgico (almeno il 75% delle donne dovrebbe essere operata entro due mesi dalla mammografia) rappresentano i punti critici che devono essere superati.

Perché ciò avvenga è opportuno che gli ospedali coinvolti nello screening e nello sviluppo delle attività di rete partecipino attivamente assolvendo gli impegni presi in ambito dipartimentale e rispettando gli standard previsti.

Lo screening per il tumore del Colonretto

Le Linee Guida Europee (IARC 2011) e le raccomandazioni nazionali (Ministero della Salute, 2006) indicano la sigmoidoscopia e il test per la ricerca del sangue occulto fecale come test di screening utilizzabili nell'ambito di programmi organizzati, perché su di essi vi è sufficiente evidenza di efficacia. I programmi di screening vengono infatti raccomandati laddove vi è sufficiente evidenza scientifica che il beneficio ottenibile sia superiore agli svantaggi ed ai rischi cui ci si espone sottoponendosi al test.

Nella DGR 111-3632 del 02-08-2006, sulla base di queste indicazioni, viene definito un programma di screening per i tumori coloretali che utilizza come test di I livello la sigmoidoscopia, offerta una sola volta nella vita, all'età di 58 anni.

Per garantire il rispetto delle preferenze individuali le persone che rifiutano la sigmoidoscopia hanno la possibilità di optare per il FOBT, offerto con cadenza biennale fino ai 69 anni di età.

Inoltre, per garantire la possibilità di accedere allo screening anche alle persone che hanno superato l'età di 58 anni all'avvio del programma, viene mantenuta per questo gruppo l'offerta biennale del FOBT fino all'età di 69 anni.

La scelta di adottare la sigmoidoscopia una tantum come test di screening primario è confermata dai recenti risultati di studi sperimentali che mostrano una riduzione del 33% del rischio di ammalarsi e del 43% del rischio di morire di tumore del colon-retto tra le persone che si sottopongono al test; questo effetto protettivo si mantiene per un periodo di oltre 12 anni.

Per garantire volumi di attività necessari al mantenimento di standard di qualità elevati nell'effettuazione degli esami endoscopici di I e II livello, ciascun dipartimento interaziendale di screening ha individuato alcuni centri di riferimento per gli esami di screening. Ugualmente per garantire elevati livelli di qualità e di efficienza, sono stati attivati 4 laboratori di riferimento regionali per la lettura dei test FOBT eseguiti su tutto il territorio regionale.

Anche per quanto riguarda lo screening dei tumori coloretali, la copertura del territorio regionale si è estesa progressivamente nel tempo, tra il 2004 e il 2009. Il programma copre attualmente tutta la Regione:

Il programma è soggetto al monitoraggio con un set di indicatori di processo ed organizzativi.

Inviti ed esami riferiti alla popolazione obiettivo costituiscono la cosiddetta "copertura", indicatori della diffusione e del livello di attività del programma organizzato. Per entrambe le modalità di screening è evidente una certa eterogeneità tra Dipartimenti e tra Aziende che va colmata.

Gli indicatori di risultato sono essenzialmente legati alla riduzione di mortalità e di incidenza, visibili però solo a lungo termine, tuttavia l'analisi combinata di altri indicatori, come il tasso di richiamo in II livello, il tasso di identificazione diagnostica di lesioni pre-invasive e la distribuzione per stadio alla diagnosi dei cancro individuati allo screening, permette comunque di valutare l'efficacia del programma.

Linea Progettuale 1 Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto Buone pratiche di contrasto delle disuguaglianze di salute

Il progetto aveva l'obiettivo di sviluppare un sistema di classificazione e di analisi di trasferibilità all'interno del contesto piemontese delle buone pratiche per il contrasto alle disuguaglianze di salute recensite dalla Marmot review britannica e dalla Marmot review europea. Inoltre, attraverso la catalogazione delle varie politiche messe in atto dai vari Paesi europei aveva l'obiettivo di creare una griglia valutativa attraverso la quale valutare lo stato di avanzamento dei vari Paesi europei nella capacità di sviluppare politiche efficaci di contrasto e in particolare di analizzare lo stadio raggiunto dall'Italia, così da individuare e raccomandare le buone pratiche che meglio potessero inserirsi nel contesto nazionale.

Il progetto prevedeva dunque:

- l'elaborazione di un rapporto che delineasse un framework concettuale per una lettura nazionale delle Marmot review, facesse una revisione ed analisi delle buone pratiche e degli interventi passati in rassegna dalla Marmot review europea e britannica ed identificasse i principali elementi critici per il trasferimento in Italia delle esperienze di contrasto delle disuguaglianze di salute
- la progettazione di un framework concettuale per l'analisi e la valutazione delle politiche e delle buone pratiche messe in atto in ogni Paese europeo;

- la conseguente elaborazione di una griglia di valutazione che, utilizzando i principali criteri indicati dal framework concettuale riuscisse a classificare i vari interventi;
- la realizzazione di un rapporto che valutasse l'avanzamento dei Paesi europei nella capacità di contrasto delle disuguaglianze di salute sulla base dei risultati ottenuti;
- l'elaborazione di una proposta di adattamento dell'approccio sui determinanti sociali alla salute realizzato in Gran Bretagna al contesto piemontese

A tal proposito nel 2012 la Regione ha mobilitato una rete di esperti di impatto sulla salute delle politiche, in particolare di quelle non sanitarie, coordinata dal Servizio di epidemiologia dell'ASLTO3 che hanno messo in comune le competenze finora maturate in tema di Salute in Tutte le Politiche per sviluppare un approccio di equity audit delle politiche non sanitarie; in questo modo la rete:

1. ha curato la realizzazione del rapporto "Costruzione di capacità di controllo delle disuguaglianze di salute in Italia" che, rileggendo le buone pratiche delle Marmot review britannica ed europea, ne dà un'interpretazione sistematica, catalogandole per settore, per modelli concettuali e per tipologia di evidenza. Il rapporto contiene inoltre un'individuazione delle strategie maggiormente efficaci per ridurre le disuguaglianze e gli impatti sulla salute delle politiche sanitarie e non sanitarie.
2. ha curato una rassegna delle principali politiche di contrasto alla disuguaglianze di salute implementate tra il 2005 e il 2011 nei vari Paesi europei, per un totale di 215 interventi attuati in 22 Paesi
3. ha preparato una griglia di valutazione degli interventi così recensiti, ottenendone così uno strumento attraverso il quale valutare il livello di avanzamento in ogni Paese delle capacità di contrasto delle disuguaglianze di salute. In particolare la griglia ha tenuto in considerazione la numerosità degli interventi recensiti per ogni Paese, la presenza o meno di strategie più o meno intersettoriali e multidisciplinari, la presenza di interventi dedicati ad intaccare il gradiente sociale o piuttosto volti a migliorare la situazione dei gruppi vulnerabili e ancora la presenza di azioni di monitoraggio e valutazione.
4. ha realizzato un rapporto che indica il livello di avanzamento dei vari Paesi europei nella delineazione di strategie di contrasto alle disuguaglianze di sviluppo. L'Italia è posizionata in una posizione ancora in basso a questa classifica, per un evidente ritardo rispetto ad esempio ai Paesi britannici, scandinavi, ma anche a Spagna, Belgio, Germania e Olanda, nella capacità di realizzare interventi focalizzati sui determinanti sociali della salute e al di fuori del settore sanitario
5. ha prodotto una prima proposta di trasferibilità nel contesto nazionale e piemontese dell'approccio sui determinanti sociali sperimentato in Gran Bretagna.

Linea Progettuale 1 Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto *Equity audit* dei percorsi assistenziali

L'*equity audit* è una strategia che richiede di valutare i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) in termini di equità, per riconoscere in quale punto di ogni singolo percorso si manifestino eventuali discriminazioni, quale impatto possano avere sugli esiti e come si possano correggere. Il progetto ha inteso sviluppare metodi di *equity audit* da applicare ad alcuni dei principali percorsi assistenziali in Piemonte.

Gli obiettivi specifici del progetto erano:

1. elaborazione di un modello di *equity audit* e del relativo percorso formativo;
2. identificazione delle voci nosologiche con disuguaglianze sociali più intense da fare oggetto di interventi prioritari;

3. individuazione delle sedi tumorali a rischio di maggiori disuguaglianze nel relativo PDTA; analisi delle disuguaglianze nel PDTA del tumore della mammella, in donne diagnosticate allo screening;
4. costituzione di un tavolo di lavoro che ponga l'equità come uno dei valori fondamentali all'interno della rete oncologica piemontese;
5. disegno di una ricerca-intervento quasi-sperimentale per l'applicazione del modello di equity audit nel PDTA dell'ictus; arruolamento dei pazienti, rilevazione dei dati da cartella clinica e somministrazione dei questionari;
6. identificazione dalle fonti correnti di diversi modelli di presa in carico dei pazienti con diabete e analisi delle differenze sociali negli esiti a breve e lungo termine;
7. individuazione dalle fonti correnti e da rilevazioni ad hoc di fattori legati alla minor durata dell'allattamento esclusivo al seno (età materna, numero di gravidanze precedenti, professione, titolo di studio, nazionalità).

Le attività svolte e i risultati ottenuti sono stati:

Obiettivo 1

Attraverso l'analisi della letteratura e il confronto con esperti, è stato sviluppato l'approccio di *equity audit*, in tre domini specifici: i sistemi di misura disponibili per l'analisi delle disuguaglianze di salute; gli interventi sanitari preventivi e assistenziali capaci di produrre una maggiore equità di processo e risultato; e gli interventi non sanitari agiti dalle altre politiche non sanitarie capaci di produrre una maggior equità di risultato.

Questi temi sono inoltre stati oggetto di un corso di formazione rivolto a epidemiologi e igienisti, che ha visto coinvolti i maggiori esperti italiani nei tre domini e i cui materiali del corso sono stati successivamente rivisti per la definizione di un pacchetto formativo standard.

Obiettivi 2 e 3

L'analisi dei principali PDTA con l'approccio dell'*equity audit* si è concentrata su Torino, grazie all'arricchimento dei sistemi informativi sanitari con le informazioni socioeconomiche individuali di derivazione censuaria. Questo ha permesso di identificare alcuni PDTA particolarmente esemplificativi su cui concentrare l'analisi e che hanno fornito interessanti elementi di valutazione dell'organizzazione sanitaria. Da un lato sono stati evidenziati alcuni esempi di probabile discriminazione, come la più bassa prescrizione di statine a seguito di infarto miocardico acuto nei pazienti anziani e meno istruiti o un accesso differenziale a trattamenti chirurgici efficaci in alcuni tumori (polmone, mammella e retto); dall'altro lato, l'approccio dell'*equity audit*, ha invece permesso di dimostrare l'efficacia in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute nel caso di approcci pro-attivi di diagnosi e cura (come i programmi organizzati di screening della mammella) e di modelli assistenziali di gestione della patologia cronica, integrati tra MMG e specialisti (come per il diabete, vedi obiettivo 4).

Obiettivo 4

All'interno della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta è stata definita "La Bussola dei valori", un documento che sintetizza i principi di riferimento valoriali della Rete e che ha posto l'equità come uno degli elementi fondamentali della qualità delle cure. La mappa dei valori è stata elaborata attraverso la condivisione con un campione di medici, operatori sanitari (tecnici, infermieri e amministrativi), dirigenti del settore e volontari della Rete, ottenuta mediante la realizzazione di diversi focus group, ciascuno indirizzato a un raggruppamento di singoli valori. Il processo di condivisione e validazione ha permesso di ottenere una matrice di valori/responsabilità e comportamenti, presentata successivamente a tutti gli operatori della Rete in una giornata di corso residenziale.

Obiettivo 5

E' stata avviata la sperimentazione del modello di *equity audit* nel PDTA dell'ictus attraverso uno studio quasi-sperimentale, condotto presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga di Orbassano (Torino) e i presidi ospedalieri di Chieri e Moncalieri (Torino) appartenenti all'ASL

TO5. Il protocollo è stato approvato dal comitato etico e lo studio ha arruolato complessivamente 117 pazienti, pari all'80% del totale dei pazienti eleggibili (da cui sono stati esclusi anche tutti i pazienti che, pur rispettando i criteri di ammissione, si è ritenuto di non far partecipare allo studio per la presenza di condizioni cliniche o familiari particolarmente problematiche). Sono state inoltre realizzate tutte le interviste di follow-up (con un 18% di pazienti con dati mancanti in almeno una scheda di rilevazione) e sono in corso le analisi.

Obiettivo 6

Il linkage tra il sistema informativo dei ricoveri, quello delle prescrizioni farmaceutiche e quello delle esenzioni per patologia ha permesso di individuare una coorte di pazienti con diabete prevalente al 1.1.2002. Ai circa 33000 pazienti diabetici residenti a Torino così identificati, è stato poi attribuito un particolare modello assistenziale attraverso il linkage con il database delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche nei dodici mesi successivi all'identificazione della coorte (quindi tutto l'anno 2002). E' stato inoltre calcolato un indice composito di aderenza alle linee guida (GCI: *Guidelines Composite Indicator*), basato sull'aver avuto in quell'anno una prescrizione di emoglobina glicata e almeno due richieste tra quelle di esame del colesterolo, esame della microalbuminuria o valutazione oculistica. I pazienti che avevano sia la visita specialistica sia il GCI sono stati assegnati al modello assistenziale considerato ottimale, di completa integrazione tra il medico di base e il medico specialista e con una buona aderenza alle linee guida. I risultati dello studio hanno evidenziato che tale modello di gestione integrata presenta i migliori risultati sia in termini di qualità dell'assistenza (con una maggiore sopravvivenza e una minore incidenza di eventi cardiovascolari) sia in termini di equità. I risultati sono stati oggetto di diverse presentazioni a convegni ed è in corso la stesura del paper da sottoporre a rivista internazionale.

Obiettivo 7

Sono state raccolte e strutturate le informazioni raccolte nel corso delle sedute vaccinali dalle infermiere pediatriche dei consultori pediatrici del Distretto di Collegno e Gugliasco (Struttura Attività Consultoriali dell'ASL TO3), relative alle modalità di allattamento nel corso del primo anno di vita. Sono state verificate le interazioni fra la durata dell'allattamento al seno e le principali variabili disponibili (punto nascita, presenza di azioni di sostegno all'allattamento, PLS, ...). I risultati, raccolti nello specifico rapporto 'Promozione e Sostegno dell'Allattamento al seno', rilevano che il sostegno all'allattamento influenza in modo significativo la durata dell'allattamento stesso ed aumenta la probabilità per il bambino di ricevere il latte materno almeno come alimento complementare. Anche il PLS risulta importante nell'incentivazione e nella pratica dell'allattamento al seno. Un'importanza inferiore è stata riscontrata rispetto al punto nascita, mentre non sono presenti influenze in base al consultorio ed al genere.

Al termine del progetto, che ha raggiunto l'obiettivo di individuare associazioni tra le variabili e la durata dell'allattamento, è stata aggiornata ed arricchita la scheda di raccolta dei dati che, con la recente informatizzazione dei Bilanci di Salute, prosegue ed è estesa a tutto il territorio dell'ASL TO3. I risultati del progetto sono inoltre stati utilizzati per aggiornare il profilo di salute del Distretto di Collegno e Grugliasco.

Linea Progettuale 1 Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto

Mappatura della deprivazione e dei corrispondenti fabbisogni sanitari

Il progetto mirava ad implementare un sistema di rilevazione di dati sulle covariate sociali attraverso l'uso integrato dei sistemi informativi e statistici sanitari regionali, che comprendesse sia indicatori di disponibilità/povertà di risorse a livello aggregato (asl, distretto, comune e sezione) sia indicatori di posizione sociale a livello individuale.

Gli obiettivi specifici del progetto erano:

1. elaborazione di un sistema di indicatori di disponibilità/povertà di risorse a livello di contesto da utilizzare per la stima del fabbisogno (per aree di rilevanza amministrativa e sociale: federazione, azienda sanitaria, distretto, comune, sezione di censimento) che comprenda le dimensioni materiali (reddito, casa), sociali (classe, istruzione, rete familiare), ambientali (urbanistica, sicurezza, ambiente) e di disponibilità di servizi (distanza da istruzione, sanità, trasporti), così come ricavabili dalle fonti informative di popolazione dei censimenti di popolazione, dell'anagrafe tributaria e da altre fonti statistiche correnti
2. arricchimento dell'anagrafe sanitaria regionale AURA con il dato sulla sezione di censimento corrispondente all'indirizzo di residenza attraverso tecniche di georeferenziazione degli indirizzi di residenza dell'anagrafe sanitaria, per disporre di un indicatore di posizione sociale di contesto nel monitoraggio dell'equità di salute
3. implementazione della nuova variabile sul titolo di studio nell'anagrafe sanitaria regionale AURA degli adulti attraverso record linkage deterministico con variabili dei censimenti di popolazione (1991 e 2001), delle schede di mortalità (1999-2010) e delle schede di dimissione ospedaliera (1994-2011) per disporre di un indicatore di posizione sociale individuale a livello regionale nel monitoraggio dell'equità di salute
4. allargamento dello studio longitudinale torinese su scala metropolitana (tutti i comuni dell'area) per adeguare il sistema di monitoraggio al nuovo ente locale metropolitano che segua le storie di salute dei residenti dell'area secondo le caratteristiche sociali registrate ai censimenti di popolazione del 2001 e del 2011
5. valorizzazione di sistemi di indagine campionari per il monitoraggio di dimensioni di salute non coperte di sistemi informativi sanitari: comportamenti preventivi come registrati nei campioni di controllo degli studi caso controllo condotti in Piemonte negli anni passati e nei campioni dell'indagine PASSI
6. allargamento del campione del sistema longitudinale di indagine sulle storie lavorative WHIP salute che segue un campione di forza lavoro del Piemonte rispetto all'accadimento di infortuni, ricoveri e cause di morte
7. analisi geografica e di correlazione delle covariate sociali e degli indicatori di fabbisogno sanitario (preventivo ed assistenziale) per mappare le disuguaglianze di salute nella regione, ad uso della stima del fabbisogno e del monitoraggio dei risultati delle azioni di contrasto
8. elaborazione di un modello di reportistica standard con cui restituire periodicamente alle aziende, ai distretti e agli erogatori un quadro delle disuguaglianze di salute che sono rilevanti per la programmazione e per la valutazione di equità di processo ed esito di loro competenza; il modello deve essere comprensivo di un pacchetto di apprendimento per l'utilizzo dei dati
9. applicazione dei risultati relativi alle disuguaglianze di salute nella città di Torino alla definizione di priorità e scelte politiche nell'ambito dei tavoli del Piano Regolatore Sociale (PRS) e dei Peps della Città di Torino

Le attività svolte e i risultati ottenuti sono stati:

Obiettivo 1

A partire dai dati del censimento 2001, è stato elaborato un indice aggregato a livello territoriale più fine (la sezione di censimento), facilmente riconducibile anche ad aggregati territoriali più ampi (comuni, distretti, ASL). L'indice composito – denominato "indice di deprivazione" – si è basato sulla combinazione di cinque indicatori elementari: la % di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare; la % di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione; la % di abitazioni occupate in affitto; la % di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi; e la densità abitativa (numero di occupanti per 100 m² nelle abitazioni). L'indice è stato costruito sull'intera popolazione italiana residente e censita, composta di 56.995.744 individui e suddivisa in 352.205 sezioni di censimento, ed è stato messo a disposizione di tutti i ricercatori che ne volessero fare uso. Tale indice viene solitamente trasformato da continuo a categorico in quintili di popolazione (il quintile meno deprivato identifica così il 20% di

popolazione con i valori dell'indice più bassi), utilizzando come popolazione di riferimento quella dello specifico contesto locale in cui si vuole applicare l'indice.

Inoltre, grazie ad una collaborazione con il Ministero dell'Economia e della Finanza, è stato possibile ricavare una misura aggregata del reddito per Torino, per gli anni 1998 e 2008. L'anagrafe tributaria è stata collegata con l'anagrafe comunale potendo così attribuire alle famiglie il loro reddito, che opportunamente pesato con la numerosità della famiglia, porta ad una misura pro-capite equivalente: il "reddito familiare equivalente", sintetizzato successivamente con il valore mediano di sezione di censimento.

L'estensione degli indicatori di aggregato ad altre covariate di contesto sarà oggetto di sviluppi successivi.

Obiettivo 2

E' stato sperimentato il collegamento delle informazioni anagrafiche per circa 210.000 residenti nei comuni di Cuneo, Rivalta di Torino, Cossato e Torino (iniziale R del cognome) con lo stradario unico regionale. Fra gli indirizzi normalizzati, l'associazione della sezione di censimento è stata possibile nel 91,9% dei casi. Per il Comune di Torino la concordanza della sezione di censimento ricavata in questo modo con l'analoga informazione di fonte anagrafica è risultata del 93,6%. In conclusione si ritiene che la procedura ottenga una ricostruzione sufficientemente completa per l'acquisizione di una covariata sociale a livello di microaggregato (la sezione di censimento) per tutta l'anagrafe regionale degli assistiti AURA che parte da dati anagrafici di qualità paragonabile e con un grado di completezza accettabile sia per lo studio delle disuguaglianze nelle misure di occorrenza sia per quello delle disuguaglianze nelle misure di esito.

Obiettivo 3

E' stato condotto un esperimento per valutare in quanti soggetti di una popolazione anagrafica si potesse ricostruire il dato sul titolo di studio ricercando per ogni residente lo stesso dato su tre fonti informative. Il censimento di popolazione può contribuire a ricostruire il dato per non più del 50% dei casi (dato che il dato identificativo della data di nascita ridotta permette solo questa percentuale di riconoscimenti univoci; tra l'altro questa proporzione si abbassa nel caso metropolitano e si alza nelle aree interne). La fonte informativa della scheda di dimissione ospedaliera permette di ricostruire circa il titolo di studio per circa il 15% della popolazione che ha avuto almeno un ricovero (con il dato registrato) negli ultimi 15 anni, ricorrendo attraverso tre procedure. La fonte informativa della scheda di morte permette di ricostruire il dato in poco più del 5% della popolazione che ha un decesso negli ultimi dieci anni. La conclusione è che questa procedura merita di essere applicata con costi relativamente modesti per arruolare coorti di soggetti su cui fare delle valutazioni prospettiche di esito; in questo caso l'incompletezza del dato non è pregiudizievole per l'obiettivo dello studio delle disuguaglianze di esito.

Obiettivo 4

L'obiettivo è stato realizzato sperimentalmente in un solo comune, il comune di Rivalta, per il quale è stato acquisito il dato sulla sezione e foglio di censimento per recuperare il corrispondente record censuario e valutare la fattibilità di una estensione alla cintura torinese del modello dello studio longitudinale torinese. I risultati mostrano una buona completezza ed accuratezza, pertanto si è proposto alla Provincia di Torino di farsi parte diligente per estendere il modello a tutti i grandi comuni della cintura, in particolare per scopi di valutazione di impatto del piano di sviluppo territoriale.

Obiettivo 5

Il Sistema di sorveglianza sui Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI) ha l'obiettivo di monitorare lo stato di salute della popolazione adulta italiana e promuovere la prevenzione delle malattie croniche, attraverso la rilevazione sistematica e continua delle abitudini, degli stili di vita e dello stato di attuazione dei programmi di intervento nelle ASL. Dai dati relativi

alla rilevazione del 2007-2011 in Piemonte, che ha riguardato circa 20000 individui di 18-69 anni, è stato redatto un rapporto in cui tutti gli aspetti oggetto della rilevazione (comportamenti a rischio, come fumo e abitudini alimentari; fattori di rischio cardiovascolari; sicurezza stradale e domestica; attitudine alla prevenzione individuale; e benessere psico-fisico) sono stati analizzati anche in funzione del titolo di studio e delle condizioni economiche dell'intervistato (il volume è in corso di pubblicazione).

Viceversa il recupero dei dati di prevalenza degli stili di vita attraverso i campioni di controllo degli studi caso controllo torinesi si è rivelato non fattibile a causa dei severi vincoli di privacy per l'accesso a dati autorizzati ad essere trattati per scopi differenti.

Obiettivo 6

Il sistema di monitoraggio longitudinale WHIP (*Work Histories Italian Panel*) è un sistema su base campionaria realizzato per l'analisi delle carriere lavorative del settore privato tramite un campione estratto dall'archivio nazionale dell'Inps, con le relative ricostruzioni dal 1985 al 2005. Ai soggetti campionati sono state agganciate individualmente informazioni di eventi di salute accaduti negli anni successivi (infortuni sul lavoro, malattie professionali, ricoveri), ottenendo un archivio denominato Whip-Salute. Sono stati avviati i lavori di programmazione con il Circolo di Qualità Istat per l'inserimento di tale archivio nel Piano Statistico Nazionale 2014-2016 e si sono svolti alcuni incontri con gli Istituti centrali coinvolti (Inps, Inail, Istat, Ministero della Salute) nell'aggiornamento del sistema. Si è inoltre concordato che l'aggiornamento del sistema di indagine longitudinale sarà da ottenersi estraendo dagli archivi dei vari Enti tutte le informazioni relative agli individui nati dopo il 1900, nei giorni 1 e 9 di qualsiasi mese ed anno, nonché il giorno 10 dei mesi di marzo, giugno, settembre e dicembre di qualsiasi anno. Si tratta di un campione (circa 1/13) rappresentativo della popolazione italiana iscritta all'Inps, che permetterà di eseguire analisi a livello regionale. Sono state inoltre programmate le attività di estrazione dagli archivi Inail degli eventi (infortuni e malattie professionali) accaduti dal 2004 al 2011. Saranno presi in considerazione gli eventi denunciati con specificazione dell'avvenuto indennizzo o, in caso contrario, del motivo del mancato riconoscimento (franchigia, difetto di causa violenta, ecc).

Obiettivo 7

In collaborazione con Agenas è stata fatta una sistematica ricognizione della correlazione geografica tra indicatori di deprivazione e indicatori di uso dei LEA (ricoveri e specialistica) a livello comunale con stratificazione per ripartizioni geografiche; il lavoro ha mostrato una discreta predittività della deprivazione sui fabbisogni di assistenza, ma con errori ecologici così ampi da suggerire di trovare una strada alternativa che permetta di misurare in modo più accurato il peso della deprivazione nel predire il fabbisogno, peso che potrebbe essere utilizzato nelle formule allocative. Parallelamente si è provato a misurare gli stessi coefficienti di predizione della deprivazione sul fabbisogno di LEA a livello non più aggregato ma individuale, utilizzando i dati dello studio longitudinale torinese. E' stato così possibile misurare in modo accurato il peso considerevole che la deprivazione individuale ha nel predire il fabbisogno di ricoveri e di assistenza specialistica, giungendo a suggerire una proposta in tal senso per la ripartizione delle popolazioni nell'allocazione delle risorse, ad esempio nel riparto del fondo sanitario nazionale.

Obiettivo 8

E' stato realizzato un primo prototipo di equity audit utilizzabile a livello di gruppi di professionisti interessati a monitorare le disuguaglianze di salute che insorgono nei percorsi assistenziali di loro competenza. Il prototipo è stato sperimentato in occasione di iniziative di formazione organizzate dall'Agenzia Sanitaria Regionale nei diversi quadranti della regione. La sperimentazione ha permesso di rilevare punti critici e opportunità per ingegnerizzare la proposta e offrirla nel futuro.

Obiettivo 9

L'esperimento torinese sull'applicazione dei dati sulle disuguaglianze ai documenti di pianificazione territoriale e urbana è stato positivo ma ancora interlocutorio. Infatti i dati sulle disuguaglianze sono stati molto utilizzati per costruire il Profilo epidemiologico di Torino che è stato pubblicato, presentato e discusso per l'elaborazione del Piano di salute locale e del Piano regolatore sociale locale. L'impatto sui processi decisionali è stato solo episodico, ma ha permesso di stabilire delle solide relazioni tra stakeholder istituzionali e non attraverso cui nel futuro valorizzare i dati sulle disuguaglianze di salute più analiticamente nei diversi meccanismi di generazione che sono influenzati dalle diverse politiche.

Linea Progettuale 1 Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto Promozione della salute materno infantile (genitori più) nei gruppi vulnerabili, con particolare riferimento alla popolazione immigrata

Il programma ministeriale Genitori più si compone di 7 punti che agiscono in sinergia tra loro per migliorare la salute del neonato. Il programma Genitori Più è stato concepito per assicurare una pronta e adeguata assunzione dei comportamenti preventivi da parte dei genitori fin da prima del concepimento attraverso una serie di interventi educativi e di follow up da parte dei consultori familiari.

Gli obiettivi del progetto erano i seguenti

- aumentare l'aderenza delle famiglie di immigrati alle raccomandazioni di buona pratica nell'età evolutiva
- per l'obiettivo specifico dell'allattamento al seno:
 - proseguire l'attività nei punti di sostegno dislocati sull'intero territorio regionale, dedicati alla gestante fin dal momento della dimissione del neonato, di bassa soglia ed alta competenza professionale (ostetriche, puericultrici, infermiere pediatriche, pediatri)
 - attivazione di eventi ECM nelle varie ASL per la formazione teorico pratica in merito ai contenuti del Codice internazionale OMS UNICEF sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno

Per quanto riguarda il primo obiettivo si è scelto di incontrare le gestanti e le neomadri straniere presso i consultori familiari, luoghi a loro noti e nei quali lavorano operatori che hanno ottenuto la loro fiducia.

E' stata valutata, su un campione di donne in gravidanza e con figli fino ai 6 mesi di età, la conoscenza delle buone pratiche relative al progetto Genitori più (assunzione di acido folico nel periodo periconcezionale, allattamento al seno, vaccinazioni, sicurezza in ambiente domestico e in auto, astensione dal fumo in gravidanza ed in presenza di neonati, posizionare il neonato sulla schiena mentre dorme, leggergli ad alta voce fin dalla nascita).

La valutazione ha confermato l'esistenza di una carenza informativa sui suddetti punti.

Tramite l'aiuto di mediatori delle principali lingue parlate dalle utenti straniere (arabo, francese e romeno) sono stati preparati materiali appositi da illustrare e consegnare in occasione delle visite in consultorio. Per la realizzazione del progetto si sono inoltre svolti incontri di formazione degli operatori finalizzati al counselling con madri o coppie straniere e sono stati calendarizzati e svolti incontri dedicati alle donne straniere che dichiarano di voler iniziare una gravidanza (per la somministrazione periconcezionale di acido folico e interruzione dell'eventuale abitudine al fumo) ed incontri nel corso della gravidanza e nel post parto per rafforzare le altre scelte (allattamento, vaccinazione, posizione nel sonno, sicurezza in auto, lettura)

A distanza di 6 mesi sono state rivalutate le conoscenze e si è potuto registrare un notevole incremento delle competenze delle gestanti e neomamme. Infatti è migliorata la consapevolezza materna rispetto ai danni causati dall'esposizione al fumo, la quasi totalità delle donne ha espresso fiducia nell'attività della rete consultoriale nel sostegno all'allattamento.

Inoltre l'intervento è risultato decisivo nel supportare la convinzione che la posizione supina abbia un effetto protettivo rispetto al rischio di SIDS. Infine, la competenza riguardo le vaccinazioni è migliorata significativamente dopo la formazione. Motivati da tali risultati, gli operatori proseguono nella formazione delle gestanti e neomamme straniere.

Per quanto riguarda l'obiettivo specifico dell'allattamento al seno sono state tenute 4 edizioni di formazione per operatori sul Codice internazionale OMS UNICEF sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno (a Cuneo, 2 a Vercelli ed una a Torino in collaborazione con il collegio delle ostetriche di Torino ed Asti). In occasione della SAM (Settimana Mondiale dell'Allattamento Materno) è stato aggiornato l'elenco dei punti di sostegno ed è stato distribuito in tutti i punti nascita, consultori familiari, gruppi di sostegno tra pari.

Linea Progettuale 1 Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto

Prevenzione dei tumori nelle donne straniere immigrate e prevenzione dell'infertilità femminile tra le donne immigrate attraverso il riconoscimento e il trattamento tempestivo delle infezioni delle vie genitali

L'obiettivo generale del progetto era aumentare l'aderenza delle donne immigrate alle prescrizioni del programma di screening *Prevenzione Serena*.

Il primo obiettivo era l'incremento dell'adesione al pap test tra le donne straniere, regolari e non, ed è stato raggiunto solo per le donne immigrate regolarmente presenti poiché per le Straniere Temporaneamente Presenti (STP) e le Europee Non Iscrivibili (ENI) per problemi essenzialmente amministrativi non è stato possibile prevederne l'inserimento sulla piattaforma di Prevenzione Serena.

La campagna di informazione rivolta alle comunità maggiormente rappresentate sul territorio è stata caratterizzata da una serie di incontri rivolti alle donne immigrate per favorire il loro accesso ai consultori familiari, ai centri informazione salute immigrati (ISI) ed agli ambulatori del terzo settore. Nel corso degli incontri sono state fornite tutte le informazioni utili ad una piena accessibilità dei servizi, affrontando di volta in volta anche le difficoltà linguistiche e culturali che ostacolano l'accesso (difficoltà linguistiche, credenze, dettami religiosi..).

Tramite l'attività dei Centri ISI, dei consultori familiari e dei centri del terzo settore, tutte le donne in età fertile che abbiano effettuato almeno un accesso in una delle suddette strutture hanno ricevuto informazioni in merito alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, contraccezione, diritto di accesso alle cure, divieto di sottoporsi e sottoporre le proprie bambine a mutilazioni genitali, possibilità di essere tutelate in caso di violenza o tratta e sfruttamento.

Si è registrato un lieve, ma costante, aumento del numero di donne straniere regolarmente iscritte al SSR che si sottopongono a screening e, di conseguenza, un aumento delle diagnosi precoci e precocissime. Tale incremento di accessi ha effettivamente permesso di individuare lesioni precocissime e precoci che, seguite nel tempo o trattate tempestivamente, non rappresentano un grave rischio per la salute riproduttiva e globale della donna, oltre a produrre una riduzione degli interventi invasivi, delle terapie, delle degenze e complessivamente dei costi.

Linea Progettuale 1
Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto

Vaccinazione e salute orale tra i nomadi

L'obiettivo generale del progetto era quello di aumentare l'aderenza delle famiglie rom alla somministrazione di vaccini ai neonati e ai bambini mai sottoposti a campagne di immunizzazione.

Grazie a contatti capillari con le famiglie nomadi (rom e romene) presso i centri Informazione Salute Immigrati (ISI), i consultori pediatrici ed i campi nomadi presenti sul territorio, sono state fornite alle famiglie accurate informazioni in merito alle campagne vaccinali ed alla possibilità, da parte dei loro bambini, di beneficiare di tale importante misura di prevenzione e le si è rassicurate sull'efficacia e sicurezza del vaccino.

Parte rilevante dell'attività è stata la formazione dei mediatori culturali e dei leader di comunità sulla prevenzione delle malattie infettive.

Nel corso del progetto si è registrato un incremento del tasso di vaccinazione tra la popolazione dei campi ed un buon tasso di ritorno per i richiami previsti dal protocollo vaccinale.

Inoltre è stato offerto un supporto metodologico all'associazione di cooperazione odontoiatrica internazionale COI che si occupa della promozione della salute orale di alcuni insediamenti della Provincia di Torino, la quale ha effettuato dei laboratori sanitari di prevenzione primaria e secondaria, e cure di base emergenziali delle patologie orali (svolte direttamente presso gli insediamenti con la tecnica ART).

In particolare, nella formazione "sul campo" si sono fornite le informazioni di base dell'igiene orale (pulizia dei denti) e indicazioni su come identificare precocente carie o ascessi, come prevenire parodontopatie, come farsi curare e da chi, e sui possibili rischi di farmaci antidolorifici presi senza prescrizione medica.

Tra i bambini seguiti prima e dopo l'intervento di formazione si è registrata una significativa diminuzione della placca, di ascessi e infiammazioni gengivali, segni di un'ottima compliance a quanto appreso nella formazione

Linea Progettuale
Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto 1

Valutazione di impatto sanitario delle politiche orientate all'equità

Il progetto aveva l'obiettivo di contribuire a facilitare l'introduzione della valutazione d'impatto sulle disuguaglianze di salute nelle prassi di valutazione delle politiche sanitarie e non.

In particolare, tale obiettivo doveva realizzarsi attraverso:

- lo sviluppo di un modello di valutazione capace di individuare i potenziali punti di innesco all'interno delle varie politiche non sanitarie dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute;
- la messa a punto di un dataset longitudinale adeguato che consentisse l'analisi statistico-epidemiologica di 40 anni di storie di salute a Torino
- la produzione di articoli o rapporti che analizzassero e individuassero i possibili meccanismi di generazione (e/o di contrasto) delle disuguaglianze di salute di politiche non sanitarie (come quelle di riqualificazione urbana o riguardante la gestione dei Fondi strutturali), sanitarie (l'impatto del superticket in Piemonte) o ancora della crisi economica;
- infine la sperimentazione e la valutazione in termini di impatto sulla salute di una politica sanitaria e quindi l'assegnazione di circa 300.000€ per borse di lavoro ai Dipartimenti di salute mentale piemontesi per utenti in cerca di una prima occupazione

A tal proposito nel 2012 il Servizio di epidemiologia dell'ASLTO3:

1. ha elaborato un griglia per analizzare e classificare, con le lenti dell'equità, i possibili impatti di una specifica politica sui determinanti sociali della salute e sulle disuguaglianze di salute, in termini di incidenza, prevalenza e sopravvivenza degli esiti di salute, nonché di vulnerabilità e di percezione.
2. ha predisposto un aggiornamento dello Studio Longitudinale Torinese che ricostruisse retrospettivamente le storie di salute di tutti i torinesi negli ultimi quarant'anni in correlazione con i dati degli ultimi quattro censimenti di popolazione, per correlare salute con caratteristiche sociali a livello individuale, familiare e di contesto;
3. ha elaborato un primo caso studio sull'impatto della riqualificazione urbana, valutando gli indicatori di salute dell'area sottomessa agli interventi di riqualificazione urbana The Gate e ipotizzando i nessi causali che spiegano la relazione tra ambiente urbano e salute;
4. ha scritto un rapporto sull'utilizzo in Italia dei Fondi strutturali europei 2007-2013 per il finanziamento di interventi con un possibile impatto sulle disuguaglianze di salute (con un particolare focus sulle differenze tra le Regioni rientranti nell'obiettivo Convergenza e quelle nell'Obiettivo Competitività)
5. ha realizzato uno studio pubblicato che illustra i meccanismi causali che legano gli effetti della crisi ai potenziali outcome di salute e che analizza i primi dati a disposizione in Italia sulle conseguenze della recessione economica sul benessere della popolazione italiana e sulla sua distribuzione tra gruppi sociali
6. ha realizzato uno studio pubblicato che valuta l'impatto del superticket 2011 sui consumi di specialistica a seconda della vulnerabilità sociale degli utenti
7. ha arruolato una coorte di malati psichiatrici per una valutazione retrospettiva e prospettiva dell'impatto sugli esiti di salute del loro percorso assistenziale, comprensivo degli interventi di accompagnamento al lavoro assistito attraverso le borse di lavoro.

Linea Progettuale 1 Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto

Traumatologia grave, malattie croniche e patologia evolutive nella popolazione immigrata

L'obiettivo generale del progetto era di offrire un'assistenza sanitaria di qualità, accessibile, di facile fruibilità agli immigrati non regolarmente presenti.

Il primo obiettivo prevedeva l'incremento dell'assistenza di base a STP ed ENI con riduzione dei passaggi impropri in pronto soccorso e dei ricoveri causati da diagnosi tardive

Al momento tutte le ASL del Piemonte (tranne la TO4) hanno uno o più centri ISI nei quali si svolge attività di accoglienza; informazione, prevenzione e promozione della salute; accompagnamento; diagnosi, prescrizione di visite e farmaci, controllo di esami.

Tutti i centri ISI hanno in servizio uno o più medici, uno dei quali è anche il referente presso il gruppo di coordinamento regionale che si riunisce mensilmente per aggiornamenti sulla normativa e per la discussione di casi. Per ridurre l'eccesso di passaggi impropri in pronto soccorso (codici bianchi), che potrebbero trovare piena risposta alle proprie esigenze di salute presso i centri ISI, sono state prodotte locandine multilingue riportanti sedi e orari dei centri ISI e descrizione della loro attività.

Il secondo obiettivo prevedeva l'incremento delle attività di cura e riabilitazione e riduzione delle lesioni secondarie e terziarie in pazienti STP ed ENI mielolesi presenti in Piemonte. Poiché le condizioni di lavoro (pericoloso e pesante) portano spesso ad infortuni anche gravi, è stata resa possibile un'accoglienza di altissimo livello specie nei casi di lesione midollare presso l'Unità Spinale dell'A.S.O. CTO di Torino. Tutti i pazienti mielolesi accedono, anche se irregolarmente presenti o clandestini, alle terapie, alla riabilitazione, ai programmi di prevenzione delle lesioni secondarie terziarie tipiche di questi pazienti.

Il terzo obiettivo si proponeva di ridurre i ricoveri impropri in reparti di medicina o strutture di lungodegenza di pazienti malati terminali o necessitanti di cure domiciliari o terapie continuative. I centri ISI gestiscono i ricoveri in *hospice*, l'ossigenoterapia domiciliare, l'accompagnamento in dialisi, l'erogazioni di protesi ed ausili di tutti i pazienti loro in carico .

Il quarto obiettivo prevedeva la rilevazione dello stato di salute di STP ed ENI con un apposito set di indicatori e tramite l'analisi dei dati dei centri ISI. I dati dei pazienti vengono raccolti ed analizzati per poter puntualmente descrivere i profili di salute dei pazienti in carico ai centri ISI e il flusso è stato impiegato anche nella realizzazione di un progetto CCM coordinato dalla regione Marche sugli indicatori di salute relativi alla popolazione immigrata.

L'obiettivo 5 prevedeva l'organizzazione di almeno 4 eventi informativi in collaborazione con leader di comunità, educatori, mediatori culturali. Tali eventi hanno riguardato la corretta applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria agli stranieri e la prevenzione delle IVG tra le donne immigrate.

Inoltre è fondamentale ricordare che in tutti i centri ISI operano mediatori culturali delle principali nazionalità presenti in regione: con la loro attività, questi permettono di interpretare al meglio i bisogni di salute dei pazienti dal punto di vista, non solo linguistico, ma anche culturale e religioso. L'accesso ai centri ISI non è solo l'effettuazione di una visita o una prescrizione, ma anche occasione di promozione della salute attraverso l'attivazione di iniziative di informazione mirata e di prevenzione (screening, contraccezione, area materno infantile, sicurezza sul lavoro).

L'obiettivo 6 era relativo all'assistenza a tutti gli stranieri con problemi di salute mentale o di dipendenza: a questo scopo ci si avvale di professionisti specializzati in etnopsichiatria ed etnopsicologia.

Linea progettuale 1 Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto Disparità di salute e sanità in montagna

Obiettivo del progetto era descrivere le differenze di salute tra montagna e pianura in Piemonte con dati aggiornati agli ultimi anni e stimare l'importanza relativa dei meccanismi di generazione delle differenze osservate.

L'obiettivo è stato realizzato attraverso le seguenti attività:

1. Analisi epidemiologica delle differenze di salute tra montagna e pianura nel periodo 1980-2006;
2. Valutazione analitica del contributo relativo dei tre aspetti che possono determinare le disuguaglianze geografiche:
 - a. differente sviluppo socioeconomico;
 - b. processi di migrazione selettiva;
 - c. difficoltà nell'accesso ai servizi.

Nel corso del 2012 sono state condotte le analisi epidemiologiche descrittive e analitiche di cui sopra utilizzando come indicatori di salute la mortalità per tutte le cause e per grandi gruppi di cause e come indicatori di contesto la definizione altimetrica dei comuni di residenza (per distinguere tra montagna/collina/pianura e area metropolitana (definita come area con più di 30 000 abitanti), la distanza dal pronto soccorso (come indicatore dell'accessibilità ai servizi) e il reddito mediano comunale (come indicatore dello stato socioeconomico).

La differenza tra la zona altimetrica del comune di residenza (o morte) e di nascita per i nati prima del 1956 ha permesso, inoltre, di distinguere tra stabili in montagna, migrati verso la montagna e migrati dalla montagna verso altre zone altimetriche.

Il rischio di morte per gli uomini che vivono in montagna è significativamente superiore rispetto a quello degli uomini residenti in pianura dell'11% a parità di età che si riduce al 6 % se si controlla anche per distanza dal pronto soccorso e reddito mediano comunale. Per le donne l'eccesso di rischio è più modesto.

Per quanto riguarda il contributo della pressione selettiva si osserva che l'essere sempre vissuto in montagna comporta, tra gli uomini, un maggior rischio di morire per cirrosi epatica (circa il 32%), cause alcool correlate (20%) e suicidi (27%) rispetto a chi è sempre vissuto in pianura.

In definitiva si può concludere che le difficoltà di accesso ai servizi e il disagio socioeconomico della montagna contribuiscono solo in parte alle differenze di salute osservate tra montagna e pianura lasciando intendere che esista un effetto del contesto legato al montano *per se*.

Per quanto riguarda la storia migratoria è difficile discriminare se l'osservato eccesso di mortalità per cause alcool-correlate e suicidi sia attribuibile alla maggior prevalenza di stili di vita insalubri tra chi rimane a vivere in montagna ed assume quindi dei comportamenti più caratteristici di un determinato contesto o se questo sia, al contrario, un effetto della pressione selettiva (in un contesto disagiato come quello montano tendono a rimanere i soggetti con disagio psichico, mentre chi ha maggiori credenziali educative e sociali tende a spostarsi in contesti più favorevoli dal punto di vista delle opportunità lavorative e sociali).

I risultati prodotti sono stati utilizzati per la realizzazione dei Profili di salute previsti dal Piano sociosanitario della Regione Piemonte 2007-2010 in particolare nelle ASL caratterizzate dalla presenza di territorio montano (ASL CN1).

Linea Progettuale 1 Contrasto delle disuguaglianze in sanità

Denominazione Progetto

Protezione delle popolazioni fragili in occasione delle emergenze stagionali

Le attività realizzate durante il 2012, in particolare durante i mesi precedenti e durante il periodo estivo, hanno avuto l'obiettivo generale di diminuire gli effetti sfavorevoli sulla salute dell'ondata di calore sui soggetti più fragili e vulnerabili. A tale scopo, sono state realizzate le seguenti iniziative:

- 1) Identificazione degli anziani fragili

La definizione operativa e la selezione della popolazione fragile è avvenuta attraverso le informazioni rilevate nei sistemi informativi regionali delle dimissioni ospedaliere e delle prescrizioni farmaceutiche. La modalità dell'estrazione della popolazione fragile effettuata dal Servizio Sovrazonale di Epidemiologia dell'ASL TO3 in collaborazione con il CSI Piemonte è avvenuta, nella prima fase con l'estrazione della popolazione di 75 anni ed oltre, in vita e residente nella Regione Piemonte alla data del 31 marzo 2012, dall'anagrafe regionale degli assistibili (BAR). Attraverso l'utilizzo dell'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del 2011, oggetto di record linkage con la popolazione estratta nella prima fase, sono stati identificati gli anziani residenti che hanno avuto almeno un ricovero, in qualunque regime, nell'anno precedente per le seguenti patologie, presenti in diagnosi principale o qualunque diagnosi secondaria (*broncopneumopatie croniche, altre malattie del polmone, scompenso cardiaco, ictus, aritmie, ipertensione, ischemie, cardiomiopatie, diabete mellito, fratture del femore, demenza, psicosi, etilismo, morbo di Parkinson, emiplegia, SLA, insufficienza renale cronica, ulcere da decubito, artrosi, trattamento con chemio o radioterapia*). Attraverso il record linkage tra l'archivio anagrafico della popolazione anziana e l'archivio delle prescrizioni farmaceutiche relative al 2011, sono stati identificati gli anziani oggetto di poliprescrizioni (prescrizioni di farmaci di almeno cinque categorie farmaceutiche distinte nell'arco di tre mesi*) nel corso del 2011, individuando altresì le prescrizioni delle categorie di farmaci che, in base alle loro proprietà farmacodinamiche e al profilo farmacocinetico, possono contribuire ad aggravare o a favorire la comparsa di spossatezza da caldo, disidratazione, colpo di calore (anticolinergici o antipsicotici, associati ad ospedalizzazione per patologia da calore, poliprescrizione di tre o più farmaci cardiovascolari). L'archivio composto dagli anziani con precedente ricovero oppure oggetto di poliprescrizioni farmaceutiche, collegato con l'archivio regionale dei medici aggiornato ad aprile 2012 ha permesso di individuare, per ogni anziano fragile, il nominativo, l'indirizzo e l'ASL del relativo medico di famiglia.

2) Informazione ai medici di famiglia degli anziani fragili e validazione delle liste dei fragili per l'attivazione della rete di supporto di supporto socio assistenziale e la presa in carico dei soggetti privi di un *caregiver* adeguato

E' stato inviato ad ogni Medico di Medicina Generale l'elenco dei pazienti fragili identificati tramite i flussi sanitari. Tali liste sono state validate dai singoli medici rispetto a :

- la corrispondenza dell'assegnazione del paziente al proprio MMG;
- lo stato in vita dei soggetti selezionati;
- la correttezza dell'indirizzo di residenza;
- l'eventuale istituzionalizzazione dei soggetti in carico al MMG.

Inoltre per ogni soggetto i medici hanno inserito le seguenti informazioni, necessarie alla attivazione degli specifici interventi di sostegno e di monitoraggio attivo:

- attivazione dell'assistenza domiciliare programmata;
- ricovero presso strutture ospedaliere;
- domicilio assistito se diverso dalla residenza;
- assistito che vive da solo;
- conferma della suscettibilità clinica (ovvero conferma dello stato di fragilità del soggetto individuato);
- autonomia del paziente negli spostamenti;
- presenza/adeguatezza del *caregiver*;
- adesione dell'assistito all'intervento proposto di sostegno/monitoraggio attivo;
- tipo di intervento proposto.

Le liste sono state arricchite dai nominativi di soggetti fragili identificati direttamente dal singolo medico di medicina generale.

* Apparato gastrointestinale e metabolismo, sangue ed organi emopoietici, sistema cardiovascolare, sistema genito-urinario ed ormoni sessuali, preparati ormonali sistemici (no ormoni sessuali), farmaci antineoplastici ed immunosoppressori, sistema nervoso centrale, sistema respiratorio.

Tali informazioni sono state utilizzate dai medici di base per la presa in carico dei pazienti fragili nel periodo estivo e sono state restituite ai distretti per l'attivazione dei Servizi Socio-assistenziali nel caso di mancanza/carenza della presenza di un caregiver

3) Allerta della popolazione, dei professionisti e delle istituzioni in corrispondenza dei momenti di maggiore rischio climatico

Invio di tre distinti "Bollettini previsionali ondate di calore" a cura dell' ARPA Piemonte - Centro di Epidemiologia Ambientale e Area Previsione e Monitoraggio Ambientale:

- uno specifico bollettino per la città di Torino e l'area metropolitana torinese che, a partire dalle condizioni meteorologiche in atto e previste, è in grado di definire il livello di rischio a cui sono soggette le categorie più fragili della popolazione. Il parametro sanitario è dato da una stima giornaliera del numero di decessi in eccesso, rispetto ad un valore atteso, causati dall'effetto delle ondate di calore sulla salute della popolazione cittadina; gli eventi sanitari attesi sono calcolati attraverso modelli epidemiologici basati su serie storiche. Tale sistema, utilizzato dal 2004, è stato sottoposto ad un processo di validazione che ne ha dimostrato l'efficacia e l'utilità nell'applicazione delle azioni di prevenzione;
- uno per i comuni della provincia di Torino, che dettaglia la previsione delle condizioni meteorologiche e dei loro effetti sulla salute per aree omogenee del territorio provinciale;
- uno per gli altri capoluoghi di provincia della regione Piemonte, che presenta caratteristiche analoghe a quello sviluppato per la provincia di Torino.

I tre bollettini sono stati diffusi da ARPA Piemonte, mediante l'invio quotidiano diretto tramite e-mail agli indirizzi di posta elettronica comunicati dagli Enti e dagli organismi istituzionali, in particolare dell'area sanitaria e dell'assistenza sociale, atto a garantire prioritariamente l'informazione ai soggetti istituzionali dei rispettivi comparti quali ASL, ASO, presidi ospedalieri, case di cura, MMG, RSA, presidi per anziani, servizi socio-assistenziali, e inoltre associazioni di volontariato, protezione civile. I bollettini sono stati inoltre resi disponibili ogni giorno entro le ore 12:00 sui siti:

- www.regione.piemonte.it
- www.provincia.torino.it
- www.comune.torino.it
- www.arpa.piemonte.it
- www.protezionecivile.it

4) Valutazione dell'impatto sulla salute e sulle disuguaglianze di salute dell'ondata di calore e delle azioni di prevenzione

L'analisi preliminare sulla mortalità è stata realizzata solo per la Città di Torino in quanto la numerosità della popolazione consente valutazioni statistiche più affidabili e con minori fluttuazioni casuali dei risultati, a fine stagione come di consueto l'analisi sarà estesa a tutti i capoluoghi della Regione. Sui 78 giorni del periodo analizzato, in 44 (circa 56.4%) si è registrato almeno un livello di allarme effettivo. Se si analizza l'intero periodo, si sono registrati circa 19 decessi in meno rispetto all'atteso, con un decremento complessivo della mortalità dell'1.4% circa, per la classe 65 anni e oltre, ma questo dato non è statisticamente significativo. La mortalità complessiva osservata è praticamente in linea con l'atteso ma, analizzando i singoli mesi, si nota un lieve incremento della mortalità nel mese di maggio (circa +6%) che però viene compensato a giugno con un -5% circa.

5) Divulgazione dei risultati delle valutazioni di impatto in particolare ai professionisti coinvolti nel programma di prevenzione e ridefinizione del piano di attività alla luce dei punti di forza e delle criticità individuate

Organizzazione del Gruppo regionale di Coordinamento del progetto con i diversi soggetti coinvolti nelle iniziative (Arpa, Servizio Epidemiologia, rappresentanti ASL, MMG, Servizi Socio Assistenziali, Comune di Torino).

Linea Progettuale 1

Denominazione Progetto

Sistema Informativo Stranieri Temporaneamente Presenti – S.T.P.

Sintesi del contenuto del progetto

Con deliberazione n. 56-10571 del 15.7.96 la Giunta Regionale, in attuazione di quanto disposto all'art. 13 D.L. 17.5.96, n. 269 e successive reiterazioni, ha approvato, a carattere sperimentale con durata annuale, misure organizzative e modalità operative per l' erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale, prevedendo presso le Aziende Sanitarie Locali individuate il Centro Salute Immigrati - siglabile I.S.I.;

L'attività in oggetto è compresa fra le aree di intervento sanitario di cui all'allegato B della legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61 di programmazione sanitaria e Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999; Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, Cap. 4, Par. 5. 3.6, Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, All. 1.3.14 "La salute degli immigrati e delle immigrate" con l'obiettivo di assicurare il coordinamento e l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in attuazione di quanto disposto dal Legislatore, assicurando il funzionamento di idonei flussi informativi necessari a fini epidemiologici ed economici;
La sperimentazione è passata a regime nell'anno 2004.

In esecuzione di quanto sopra si è richiesto al C.S.I. Piemonte di predisporre un progetto per la gestione informatizzata dei Centri di Informazione Salute Immigrati, finalizzato alla standardizzazione delle rilevazioni dati; a fornire strumenti omogenei per la gestione degli stessi; a fornire strumenti informatici per il supporto all'automazione dei Centri; a fornire alla Direzione regionale Controllo delle Attività Sanitarie i reports di supporto al monitoraggio sugli aspetti epidemiologici, economici e statistici dell'assistenza erogata tramite i Centri I.S.I., anche mediante l'assicurazione a detti Centri delle informazioni di ritorno relative alle prestazioni sanitarie erogate, mediante utilizzo dei flussi prestazioni sanitarie istituiti dal livello centrale regionale e raccolti mensilmente presso il C.S.I. Piemonte nell'ambito delle attività di gestione del S.I.S.;

Ragioni di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza, anche alla luce degli obiettivi stabiliti per l'area "Sistema Informativo" al par. 21 della L.R. 61/97 di Piano Sanitario Regionale sopra richiamata, rendono necessario provvedere a una revisione e riprogettazione del sistema di cui al precedente alinea, tale da assicurare uniformità del sistema di raccolta dati con una rete centralizzata che permetta l'aggiornamento *on line* in tempo reale, eliminando i ritardi e le possibili anomalie connesse all'attuale modalità di gestione; registrare le informazioni da più posti di lavoro, anche se collocati in località diverse, rendendo possibile il decentramento della rilevazione, come necessario per le numerose A.S.L. che operano a livello di distretto; ottimizzare la gestione, il reperimento e l'elaborazione delle informazioni, agevolando la produzione di "reports" sia a livello locale (A.S.L./A.S.O.) sia a livello regionale, presso la Direzione Sanità della Regione Piemonte; ottenere una banca dati di riferimento valida per tutte le elaborazioni svolte all'interno dell'Assessorato preposto, anche ai fini di assolvimento ai debiti informativi verso il Ministero Economia e Finanze e il Ministero della Sanità, consentendo infine al programma in dotazione di arricchirsi dell'area clinica, in previsione dell'attuazione del fascicolo informativo

Contesto

Organizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti in Piemonte mediante i Centri Informazione Salute Immigrati – I.S.I.. Il progetto è iniziato in forma sperimentale nel 1996 e, considerati i buoni risultati ottenuti, è passato a regime nel 2004.

Obiettivi

Monitoraggio sugli aspetti epidemiologici, economici e statistici dell'assistenza erogata tramite i Centri I.S.I. agli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno.

Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

Tempi di predisposizione e sperimentazione (un anno).

Costi connessi

€ 500.000,00=

Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto

Produzione reports, analisi e azioni di miglioramento

Risultati: Avvenuta revisione e riprogettazione del sistema informativo, in collaborazione con i referenti informatici, i referenti dei Centri ISI Informazione Salute Immigrati e con il Consorzio Sistemi Informativi della Regione Piemonte, finalizzato al monitoraggio sugli aspetti epidemiologici, economici e statistici dell'assistenza erogata tramite i Centri I.S.I. agli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno.

Il sistema è stato riprogettato e riconfigurato tale da assicurare uniformità del sistema di raccolta dati con una rete centralizzata che permetta l'aggiornamento *on line* in tempo reale, eliminando i ritardi e le possibili anomalie connesse all'attuale modalità di gestione; registrare le informazioni da più posti di lavoro, anche se collocati in località diverse, rendendo possibile il decentramento della rilevazione, come necessario per le numerose A.S.L. che operano a livello di distretto; ottimizzare la gestione, il reperimento e l'elaborazione delle informazioni, agevolando la produzione di "reports" sia a livello locale (A.S.L./A.S.O.) sia a livello regionale, presso la Direzione Sanità della Regione Piemonte; ottenere una banca dati di riferimento valida per tutte le elaborazioni svolte all'interno dell'Assessorato preposto, anche ai fini di assolvimento ai debiti informativi verso il Ministero Economia e Finanze e il Ministero della Sanità, consentendo infine al programma in dotazione di arricchirsi dell'area clinica, in previsione dell'attuazione del fascicolo informativo. I documenti relativi all'intero lavoro di revisione, verbali degli incontri tecnici e reports sono conservati agli atti dell'Assessorato.

Linea progettuale 2

Promozione dell'approccio di genere in sanità

Denominazione Progetto

Prevenzione della violenza

Sintesi delle attività svolte

L'obiettivo generale del progetto era di favorire la capacità di riconoscimento precoce delle situazioni a maggior rischio di violenza sulle donne.

La sanità può dare un contributo significativo alla prevenzione della violenza sulle donne attraverso sistemi precoci di riconoscimento delle situazioni a maggior rischio, che permettano una presa in carico delle condizioni a rischio da parte del sistema di sicurezza e di protezione sociale. Il progetto si è basato sulla valorizzazione dei flussi informativi sanitari disponibili, in particolare di Pronto Soccorso, provando a superare il principale limite connesso all'utilizzo tali fonti, cioè la sottostima, di entità variabile, dovuta alla difficile identificazione dei casi di violenza verso soggetti più deboli e vulnerabili (donne, bambini, anziani). Dall'altro lato, l'utilità di un tale sistema verrebbe giustificata dall'osservazione che tali violenze vengono spesso compiute in ambito familiare e domestico, presentando quindi la caratteristica di essere ripetute.

Obiettivi specifici previsti dal progetto

1. Effettuare una revisione di letteratura a livello regionale e nazionale.
2. Valutare la qualità delle fonti ed il livello di dettaglio informativo che possono fornire nell'individuazione di vittime di violenza.
3. Definire dei pattern clinici e socio-demografici delle vittime di violenza individuate tramite fonti sanitarie.
4. Analizzare la distribuzione degli accessi ripetuti per traumi avvenuti in casa per sesso e fascia di età, sia in generale che per gli individui identificati come vittime di violenza.
5. Sperimentare criteri di collegamento ed integrazione tra le fonti informative disponibili.
6. Studiare il tasso di mascolinità dei nuovi nati da madri residenti in Piemonte per cittadinanza, in modo da individuare eventuali anomalie riconducibili ad aborti selettivi.
7. Prendere contatti con enti che si occupano di assistere le vittime di violenza domestica e ricercare collaborazioni.
8. Produrre materiale informativo da diffondere.

Indicatori di processo e risultato

Obiettivo 1.

- Strutturazione di un dossier contenente la principale letteratura pertinente suddivisa per aree di origine: la letteratura scientifica è stata ricercata utilizzando gli archivi Pubmed, con aggiornamento al 31/12/2013. Le aree di suddivisione tematica sono state: violenze sui minori, violenze su donne in ambito domestico, studi condotti in setting sanitari di emergenza, studi di sperimentazione di screening per violenze in setting sanitari, fattori di rischio per femminicidi.

Obiettivo 2.

- Documentazione sulla qualità delle fonti: per ogni fonte indagata (dimissioni ospedaliere, pronto soccorso, 118) si sono valutate qualità e completezza delle variabili utili allo studio del problema, in particolare:
 - variabile "modo" (causa di morte violenta) in schede di morte Istat, fino al 2002 ICD-9: E960-E978, dal 2003 ICD-10: X85-Y09.
 - in schede di dimissione ospedaliera: "trauma"=4 identifica violenze altrui.
 - in schede interventi 118: da febbraio 2012 presenti le variabili "dinamica riscontrata", tra cui: 01=aggressione, 18=violenza sessuale.
 - Prestazioni Pronto soccorso (flusso C2): dal 1/7/2010: la variabile "luogo di erogazione" prevede la codifica "B": aggressione.

Obiettivo 3.

- Stimati i tassi di accessi al PS e tassi di ospedalizzazione dovuti a traumi attribuibili a violenza sul totale degli accessi al PS di donne per fascia di età.
- Calcolate le frequenze di soggetti a rischio, stratificate per fascia di età, condizione socio-economica ed area di residenza.
- Studio caso-controllo, con l'obiettivo di valutare se accessi ripetuti in PS nei 24 mesi precedenti la morte siano predittivi di femminicidio

Obiettivo 4.

- Calcolate le frequenze di accessi ripetuti al PS per traumi avvenuti in casa, stratificate per fascia di età, area di residenza.

Obiettivo 5.

- Raccolta e sperimentazione di criteri di collegamento e produzione di un rapporto sulle esperienze effettuate: rimane il problema di giungere a una univoca chiave di linkage tra le varie fonti sanitarie. Il problema appare comunque in via di risoluzione grazie al sistema di anonimizzazione in via di utilizzo nella regione. In particolare, è stato attribuito ai principali eventi assistenziali (SDO, pronto soccorso, prestazioni specialistiche, prescrizioni farmaceutiche), occorsi dal 2011, il codice identificativo anonimo proveniente dal sistema regionale di anonimizzazione reversibile. La validazione di tale codice è ancora in corso. Il codice identificativo anonimo non è tuttavia ancora disponibile per le fonti di interesse epidemiologico ma non di competenza del SSR (schede di morte, sistema 118).

Obiettivo 6.

- Produzione di restituzioni contenenti i tassi di mascolinità tra i nati da madri residenti in Piemonte, stratificati per la cittadinanza della madre

Obiettivo 7.

- Partecipazione al programma Siniaca/IDB: in Italia è attivo il Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione (SINIACA), istituito con legge 493/99. Nell'ambito del Programma Comunitario di Azione 2008-2013 nel campo della salute, i Governi di 22 Paesi membri dell'Unione Europea hanno sottoscritto un programma di azione congiunta volta alla creazione di un sistema comune europeo per la sorveglianza degli infortuni (JAMIE), basata sull'espansione del sistema europeo di sorveglianza Injury DataBase (EU-IDB). L'incarico di realizzazione di queste attività in Italia è stato affidato all'Istituto Superiore di Sanità. In Piemonte, il progetto vede il coinvolgimento dell'ASL TO1, del Servizio di Epidemiologia ASL TO3 (per la stima di indicatori sui dati correnti regionali di PS) e la sperimentazione sui dati di PS del San Giovanni Bosco di Torino di un sistema di riconoscimento automatico degli accessi per incidente a partire dai referti di pronto soccorso a testo libero.

Obiettivo 8.

- Documentazione prodotta relativa alla situazione della violenza di genere e ad iniziative sul territorio e relativa diffusione:
 - contributo congressuale: "Gli accessi recenti in Pronto Soccorso sono predittori di femminicidio? Risultati di uno studio caso-controllo in Piemonte". 37° Congresso Associazione Italiana di Epidemiologia (Roma, 4-6 novembre 2013).
 - contributo congressuale: "Are recent admissions to Emergency Departments predictors of femicide? Results of a case-control study in Piedmont region (Italy)". 4th Italian Great Network Congress (Roma, 14-18 ottobre 2013).

Linea progettuale 2 Promozione dell'approccio di genere in sanità

Denominazione Progetto *Bilancio di genere nella salute*

Il progetto si proponeva di progettare e realizzare un bilancio di genere basato su un *data warehouse* di indicatori che garantisse un'attenzione sistematica alle differenze di genere nella salute, in modo da permettere alla programmazione sanitaria e non sanitaria di misurarsi con l'impatto sulle differenze di salute per genere nell'ambito delle scelte politiche.

Gli obiettivi specifici previsti dal progetto erano:

1. aggiornare la bibliografia disponibile in merito ad indicatori utili a monitorare differenze di genere nella salute;
2. aggiornare le fonti informative a disposizione e acquisire eventuali nuove fonti informative;
3. arricchire il dwh di flussi informativi e indicatori con dati aggiornati;
4. rendere accessibili e pubblicare indicatori disponibili con particolare attenzione agli aspetti di genere.

Le attività svolte hanno permesso di pubblicare un bilancio di genere regionale con un capitolo dedicato alla salute e alla sanità, integrato con i capitoli di bilancio di genere per tutte le altre rilevanti dimensioni del benessere e gli altri settori delle politiche.

Linea Progettuale 2 Promozione dell'approccio di genere in sanità

Denominazione Progetto Differenze di genere nella prevenzione

L'obiettivo 1.4 prevedeva la riduzione del tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e soprattutto delle IVG ripetute tra le donne straniere, aumento della percentuale di donne straniere che tornano ai consultori familiari per il controllo post-IVG, aumento del numero di donne immigrate esposte all'informazione sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile e sulle norme a sostegno della maternità e contro l'abbandono dei neonati/popolazione target attraverso:

- counselling dedicato durante momenti cruciali di contatto tra le donne ed i servizi
- coinvolgimento di singoli e comunità per sviluppare le competenze di donne e coppie

Sono stati promossi interventi per migliorare la continuità assistenziale tra i servizi territoriali ed ospedalieri e questi sensibilizzati ad utilizzare i vari momenti di contatto con le donne straniere come opportunità per promuovere azioni di counselling volte ad incrementarne la conoscenza dei servizi stessi, quali il percorso nascita (al corso di accompagnamento alla nascita o nel ricovero post parto la donna può essere adeguatamente informata in merito alla contraccezione), screening per il cervico-carcinoma, educazione socio-affettiva e sessuale per i giovani (consultori giovani, scuole, web), visite pre e post IVG.

Per poter realizzare al meglio gli obiettivi si è proceduto all'identificazione dei bisogni formativi degli operatori e alla loro rielaborazione in obiettivi formativi, considerati come dei 'traguardi educativi'. A seguire è stato quindi messo a punto il materiale informativo ed organizzata la formazione dei formatori (ToT) in modo che fossero, a loro volta, in grado di organizzare e svolgere, nel proprio contesto territoriale, una formazione 'a cascata'.

Agli operatori è stato proposto di mettere in atto soluzioni innovative per raggiungere le persone più svantaggiate e con una limitata capacità di ricercare salute (accoglienza di bassa soglia, incontro nei luoghi abituali di ritrovo e feste comunità straniere, in occasione dei corsi di italiano o professionali), programmi di counselling modulati sulle esigenze delle donne; rafforzamento della rete tra servizi territoriali (in particolare consultori familiari e centri ISI) ed ospedalieri, con medici di medicina e pediatri di libera scelta, con le strutture del privato sociale; utilizzo della mediazione linguistico-culturale. Inoltre, è stato prodotto del materiale informativo in un linguaggio semplice ed accessibile; il *bilinguismo* è stato scelto per facilitare da un lato la comprensione dei contenuti (quindi la scelta della lingua d'origine) e dall'altro il riconoscimento più immediato della realtà italiana (da qui la scelta del testo a fronte in italiano in modo da fornire la rappresentazione grafica dei termini che è importante conoscere e riconoscere quando ci si muove all'interno dei servizi sanitari italiani e/o si comunica con gli operatori della salute). La *grafica* ha un taglio immediato,

chiaro e leggibile, le *illustrazioni* utilizzano un linguaggio visivo adulto e trasversale, quindi adatto a un target ampio ed eterogeneo, per provenienza geografica ed età.

Nel corso del prossimo anno sarà possibile valutare se la formazione ha avuto un qualche impatto sull'andamento delle IVG tra le donne straniere presenti in Piemonte.

Linea progettuale 2 Promozione dell'approccio di genere in sanità

Denominazione Progetto

Differenze di genere nell'assistenza cardiovascolare

Il progetto è nato con l'intento di contribuire alla riduzione delle differenze di genere nell'assistenza cardiovascolare documentando il livello di tali differenze in Piemonte e portando a conoscenza della comunità professionale di riferimento i risultati ottenuti. Tale obiettivo generale doveva realizzarsi, nei 12 mesi del progetto, attraverso le seguenti attività:

1. identificazione, sulla base della letteratura esistente, di procedure assistenziali considerate paradigmatiche per la valutazione della presenza di differenze di genere in ambito cardiovascolare;
2. definizione degli algoritmi per il calcolo di indicatori di utilizzo delle procedure selezionate, stratificate per genere e analisi di fattibilità sulla base delle fonti informative disponibili;
3. realizzazione di un repertorio di indicatori in grado di documentare la presenza di differenze di genere;
4. presentazione dei risultati ai professionisti del settore.

Nel corso del 2012 è stata realizzata una revisione bibliografica dell'ampia letteratura internazionale esistente sull'argomento, che ha portato a individuare alcuni indicatori paradigmatici per la valutazione della presenza di differenze di genere nell'assistenza cardiovascolare.

Sotto la condizione della necessità di calcolare gli indicatori di interesse utilizzando i sistemi informativi disponibili presso la Regione Piemonte, si è ritenuto di soffermarsi sulla terapia e gli esiti della fase acuta dell'infarto miocardico.

In un anno campione, sono stati individuati dall'archivio regionale SDO tutti i soggetti ricoverati presso gli ospedali regionali con una diagnosi di infarto miocardico (suddivisi, in STEMI e NSTEMI). Per ognuno di essi sono stati calcolati alcuni indicatori di accesso alle comuni procedure di cardiologia interventistica (coronarografia, angioplastica, angioplastica primaria, by pass) e per ogni paziente sono stati calcolati indicatori di esito dell'assistenza: mortalità intraospedaliera, a 30 giorni e a 1 anno.

Tutti gli indicatori di accesso alle cure e di esito sono stati calcolati separatamente per uomini e donne e le differenze sono state confrontate, mediante opportuni modelli di analisi multivariata, tenendo conto delle differenze socio-demografiche (età e titolo di studio), cliniche (comorbidità) e strutturali (reparto di ricovero, disponibilità di reparto di emodinamica).

In sintesi, i risultati hanno evidenziato differenze di genere a sfavore delle donne nell'accesso alle procedure invasive, ma non evidenziano differenze negli esiti a breve e medio termine. L'interpretazione dei risultati è avvenuta con il coinvolgimento di alcuni cardiologi ospedalieri coinvolti nei processi di cura di questa tipologia di pazienti.

I risultati dello studio sono stati raccolti in una pubblicazione scientifica, attualmente sottomessa a una rivista internazionale per la pubblicazione.

Linea Progettuale 3 Diagnosi da infezione da HIV

Denominazione Progetto Sorveglianza infezioni da HIV

Nel corso del 2012 sono proseguite le attività di offerta del test HIV da parte dei centri clinici del servizio sanitario regionale e, in particolare, da parte della rete dei centri per la prevenzione e la cura delle infezioni sessualmente trasmesse e presso i servizi dedicati alla popolazione straniera.

Sono state sperimentati interventi di offerta attiva del test HIV alle persone che si rivolgono ai servizi sanitari per altre problematiche di salute e al di fuori della rete dei servizi del sistema sanitario pubblico e il sistema dell'offerta del test è stato oggetto di monitoraggio e analisi per identificare eventuali anomalie e criticità.

I dati regionali sui casi di infezione da HIV/AIDS sono stati raccolti dal sistema di sorveglianza e sono state prodotte stime di incidenza e prevalenza dell'infezione a livello regionale e in sottogruppi di popolazione a rischio. I risultati delle analisi sono contenuti nel bollettino annuale HIV.

Nel corso dell'anno, in tutte le ASL si sono svolti Incontri con professionisti e referenti coordinamenti aziendali per la lotta all'aids nonché incontri per la diffusione e divulgazione dei dati

L'offerta attiva del test presso i centri clinici del servizio sanitario regionale (in particolare le malattie infettive, i centri per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e cura delle infezioni sessualmente trasmesse a livello regionale, i servizi del SSR rivolti alla popolazione straniera) ha consentito l'effettuazione di 126500 test per un costo complessivo di oltre 1300000,00 euro.

Un Bollettino HIV sulla diffusione dell'infezione HIV in Piemonte è stato pubblicato a Dicembre 2012.

Linea progettuale 4 Promozione di Rete nazionale per i tumori rari

Denominazione Progetto Promozione di rete nazionale per i tumori rari

Progetto della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta coordinato dalla Commissione Oncologica Regionale (COR) relativo ai Tumori Rari (TR).

1.0 Problematiche di assistenza.

I TR, proprio per la loro bassa incidenza, sono neoplasie poco conosciute dai clinici e quindi più esposte a ritardi diagnostici, errori di classificazione e di riconoscimento e approcci terapeutici inadeguati, se non sbagliati.

Proprio l'incertezza caratterizza tutto l'approccio metodologico ai TR. In molti casi, mancano infatti Linee Guide condivise di diagnosi e di terapia e pertanto ogni scelta o decisione deve essere valutata con esperti in materia e condivisa con il paziente e la famiglia.

L'approccio ai TR deve essere sempre multidisciplinare, in quanto non può esistere un unico esperto di tutti i TR e, soprattutto, il singolo specialista (radiologo, chirurgo, anatomopatologo, radioterapista ed oncologo) deve avere adeguata expertise in quello specifico TR.

Il caso clinico deve essere condiviso, soprattutto se di difficile interpretazione, con Gruppi Nazionali e Sovranazionali.

Ogni fase cruciale di diagnosi e di terapia di un TR va sempre discussa collegialmente.

Nel corso degli ultimi anni, proprio per ridurre l'incertezza della diagnosi e del trattamento, sono comparse Linee Guida sui TR validate a livello nazionale (AIOM) e internazionale (ESMO, NCCN).

Tali Linee Guida sono redatte da esperti riconosciuti della materia e danno indicazioni specifiche alle varie fasi di diagnosi e di terapia.

E' chiaro che tali Linee Guida non risolvono il singolo caso di TR riferito ad uno specifico paziente, ma danno precise indicazioni sulla metodologia da utilizzare.

2.0 Specificità nella ricerca

I TR hanno specificità anche nella ricerca scientifica. Infatti, la rarità dei casi rende inappropriato l'impiego delle metodologie di ricerca e statistiche dei tumori ad alta incidenza basate sulla numerosità del campione. Infatti, la classica metodologia adottata nei TR è quella Bayesiana, basata sulla variabilità.

Nei TR risulta ampiamente accettata la raccolta di singoli casi di una specifica neoplasia, sia per definirne la storia naturale, sia per chiarire al meglio lo sviluppo diagnostico e terapeutico di quel caso specifico.

Non è certo un ritorno ad una Medicina prescientifica, ma la valorizzazione del singolo caso clinico che può costituire esempio paradigmatico per successive esperienze. E' assiomatico che laddove sia possibile pianificare e sviluppare studi clinici prospettici e randomizzati, questa metodologia debba essere valorizzata al massimo, per giungere a chiarire aspetti che i singoli case report, o studi di fase II non sono in grado di affrontare o di valorizzare.

3.0 Supporto finanziario alla ricerca

La bassa incidenza dei TR e la difficoltà alla pianificazione di studi clinici rende poco attraente i TR per finanziamenti sia pubblici che privati.

L'industria farmaceutica investe poco nella ricerca di nuovi farmaci orientati sui TR poiché la possibilità di realizzare degli utili che compensino le spese di ricerca si concretizzano nell'arco di molti anni e la possibilità di non giungere ad un utile prima della scadenza del brevetto del farmaco è molto alta.

Per ovviare a tale situazione che sicuramente avrebbe creato disinteresse ai TR da parte dell'industria farmaceutica sia il Governo degli Stati Uniti che il Parlamento Europeo hanno promulgato la legge sui Farmaci Orfani, farmaci ideati e prodotti per neoplasie a bassa incidenza, che godono di una particolare tutela in termine di tassazione e di prolungamento del brevetto e dunque del monopolio prima di diventare farmaci generici.

4.0 L'azione della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta nei confronti dei TR.

La Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta fin dalla sua creazione ha avuto un occhio di riguardo nei confronti dei TR.

Questo interesse molto specifico fonda il suo essere su alcuni aspetti epidemiologici e scientifici della Regione Piemonte.

Tra gli aspetti epidemiologici ricordiamo che un tipico TR ha purtroppo trovato in Piemonte un'area geografica di specifica concentrazione.

Si tratta del mesotelioma pleurico che in Casale Monferrato e nell'area industriale automobilistica di Torino ha due zone di massima incidenza.

Relativamente all'aspetto scientifico preesistevano alla creazione della Rete, gruppi di ricerca riconosciuti a livello nazionale e internazionale che avevano nei TR un preciso obiettivo di investigazione.

In particolare: tumori neuroendocrini presso l'AOU San Luigi di Orbassano e l'AO Città della Salute e della Scienza di Torino; tumori delle surreni presso l'AOU San Luigi; tumori del SNC presso l'AO Città della Salute e della Scienza di Torino, sarcomi dei tessuti molli e dell'osso presso l'AO Città della Salute e della Scienza di Torino, il Gradenigo di Torino e l'IRCC di Candiolo; i GIST presso il Gradenigo e l'IRCC di Candiolo; il mesotelioma pleurico presso l'AOU San Luigi e l'Ospedale di Casale Monferrato (ASL AL).

Queste iniziative, nate spontaneamente - talune anche 30 anni orsono - hanno determinato la nascita di eccellenze, sia dal punto di vista assistenziale, sia scientifico.

Prima Regione in Italia, il Piemonte si è dotato di proprie Linee Guida per i Sarcomi dei Tessuti Molli dell'adulto, fin dal 2004.

In Piemonte, sono inoltre in corso revisioni di percorsi specifici per la diagnosi e la terapia di TR senza giungere alla elaborazione di nuove Linee Guida che, oltre ad essere di molto difficile stesura verrebbero a pletorizzare un campo già assai affollato da ottime Linee Guida Nazionali e Internazionali.

E' stato compito del Dipartimento definire in modo preciso quali siano le Linee Guida a cui fare riferimento, per evitare disarmonie tra i clinici del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Nel contempo, il Dipartimento ha avviato una Commissione di Lavoro sui TR che si ritrova periodicamente per definire gli obiettivi del lavoro su questo argomento e ha attivato una ricerca epidemiologica sui TR presso le Anatomie Patologiche per identificare in modo diretto le diagnosi di TR in Piemonte; inoltre, lo stesso Dipartimento ha messo a punto un sistema organizzativo che prevede, da parte di anatomopatologi esperti, la condivisione della diagnosi per i tumori a difficile caratterizzazione istopatologica (al momento sono attivi i gruppi per i sarcomi e per i tumori del sistema nervoso). E per la caratterizzazione molecolare delle neoplasie anche in vista di uno sviluppo coordinato di eventuali biobanche dei tessuti.

5.0 Sviluppo del progetto educativo online

Sono stati identificati tre Responsabili per ogni singola sottosezione di studio: sarcomi tessuti molli e dell'osso; tumori neuroendocrini e tumori del SNC.

Per ogni sottosezione si è fatto riferimento a quale Linea Guida ci si riferisca.

Linea Progettuale 5: Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Denominazione Progetto Registro mesoteliomi maligni del Piemonte e sorveglianza epidemiologica di gruppi di esposti ad amianto

Obiettivo qualitativo

A) Mantenere in esercizio le attività svolte, in quanto conformi alle indicazioni per la linea progettuale 5, punti 2 e 3, laddove è previsto, per le Regioni che abbiano già attivato il Registro, un programma volto ad estendere all'intera popolazione regionale la sua copertura. Tale copertura è stata garantita dal RMM dal 1990 al 2011, si intende appunto mantenerla nel 2012.

B) Aggiornare l'accertamento della mortalità delle coorti Eternit Casale, Eternit Cavagnolo e Eternit mogli. Accertare l'incidenza di mesotelioma maligno a partire dal 1990 mediante record linkage con il RMM. Istituire la coorte dei minatori dell'Amiantifera di Balangero, di particolare interesse in quanto esposti esclusivamente a crisotilo, varietà di amianto la cui potenza cancerogena è ritenuta inferiore a quella degli amianti di anfibolo.

Obiettivo quantitativo

- a) RMM
 - a. Condurre la tradizionale rilevazione ordinaria dei casi di nuova diagnosi nel 2012 negli ospedali e reparti regionali di riferimento per la diagnosi ed il trattamento dei mesoteliomi.
 - b. Condurre la tradizionale ricerca d'archivio presso i servizi di anatomia patologica per identificare i casi diagnosticati nel 2011 ed allora sfuggiti alla rilevazione ordinaria.
 - c. Estrarre dagli archivi dei ricoveri ospedalieri quelli con codici diagnostici compatibili con una diagnosi di mesotelioma, e richiedere ed esaminare la documentazione

clinica, per identificare i casi diagnosticati nel 2010 ed allora sfuggiti alle prime due fasi di ricerca.

b) Coorti

- a. Aggiornare lo stato in vita e recuperare le cause di morte delle coorti Eternit Casale, Eternit Cavagnolo e Eternit mogli
- b. Istituire la coorte Amiantifera Balangero mediante estrazione dei dati dai libri matricola depositati presso l'Archivio di Stato di Torino

Tempi e indicatori

Si sono conclusi:

a) RMM

- a. Ricerca attiva 2012 nei centri di riferimento: registrati 215 casi incidenti
- b. Ricerca d'archivio 2011 presso i servizi di anatomia patologica (oltre a quella nei centri di riferimento): registrati 220 casi incidenti
- c. Ricerca d'archivio 2010 sulle dimissioni ospedaliere (oltre a quella nei centri di riferimento e nelle anatomie patologiche): registrati 210 casi incidenti

b) Coorti

- a. Aggiornamento delle coorti Eternit Casale, Eternit Cavagnolo e Eternit mogli: lo stato in vita e le cause di morte sono state aggiornate al 31/12/2012
- b. Creazione dell'archivio informatizzato degli ex-minatori Amiantifera: l'archivio è stato creato e contiene 1794 lavoratori manuali e impiegati

Linea Progettuale 5:

Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Denominazione Progetto

Strutturazione di un percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate

Il core dell'attività clinica terapeutica sul mesotelioma maligno viene svolto in particolare dalle aziende sanitarie ASO S. Antonio e Biagio di Alessandria, ASL di Alessandria - Ospedale S.Spirito di Casale Monferrato, Città della Salute di Torino, S.Luigi di Orbassano e AOU Maggiore della Carità di Novara. Le aziende sanitarie ASO S. Antonio e Biagio di Alessandria, ASL di Alessandria - Ospedale S.Spirito di Casale Monferrato costituiscono un unico GIC (gruppo interdisciplinare cure) per il Mesotelioma Maligno cui afferiscono tutti i casi di MM seguiti in tali aziende.

E' stato predisposto a cura del GIC Mesotelioma un PDTA, che è stato aggiornato (seconda edizione) anche con il contributo dei fondi ministeriali per la ricerca sul mesotelioma. Il testo del PDTA è disponibile su richiesta al coordinatore del GIC Mesotelioma.

Per migliorare l'integrazione intra ed extra regionale sono state sviluppate le seguenti attività: 1) è stata definita con apposita convenzione una struttura funzionale sovraziendale che raggruppa le aziende sanitarie ASO S. Antonio e Biagio di Alessandria, ASL di Alessandria - Ospedale S.Spirito di Casale Monferrato e S.Luigi di Orbassano; 2) il PDTA è stato proposto al DIPO della Provincia di Pavia che ho ha fatto proprio articolandolo con la specifica situazione, nell'ambito del progetto CCM coordinato dall'ASL AL - Centro Sanitario Amianto.

I centri in oggetto hanno trattato nel 2012 oltre il 30% dei casi incidenti di Mesotelioma Pleurico (fonte Registro Mesoteliomi del Piemonte).

Queste attività hanno portato alla partecipazione a progetti nazionali (Progetto CCM dal Titolo "Modello operativo per la presa in carico globale del paziente affetto da mesotelioma maligno, nelle fasi diagnostiche, terapeutiche, di affiancamento durante la terapia attiva e le cure palliative (simultaneous care)" coordinato dall'ASL AL - Centro Sanitario Amianto; Progetto del Ministero della Sanità dal titolo "Rete organizzativa nazionale per la promozione della comprensione dei

fenomeni molecolari, l'ottimizzazione dei percorsi diagnostici e degli interventi clinici prototipali per il mesotelioma maligno della pleura", coordinato dal Dipartimento di oncologia dell'Università di Torino) ed Europei (Progetto MESOTHELIOMA INFORMATION NETWORK IN EUROPE - MINE, coordinato dall'Università di Torino e con 9 partners tra italiani ed europei).

Linea Progettuale 5: Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Denominazione Progetto La valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale nell'ambito di competenza territoriale del Distretto Sanitario di Casale Monferrato

Presentazione ed analisi del contesto

L'ambiente rappresenta uno dei determinanti fondamentali dello stato di salute della popolazione; infatti, una quota significativa del carico di malattia nei Paesi industrializzati è da attribuirsi a fattori ambientali.

Il territorio casalese costituisce la dimostrazione pratica di quanto sopra evidenziato relativamente alla stretta relazione esistente tra ambiente e salute, con un elevato indice di incidenza di patologie amianto correlate (soprattutto il mesotelioma maligno della pleura) in tali aree, superiori alla media regionale e nazionale, quale conseguenza della presenza, nel passato, di industrie in cui si producevano manufatti contenenti amianto, che, nell'area casalese veniva largamente utilizzato sia nella matrice compatta, sia nella matrice friabile, ma anche come "polverino" (quale isolante e componente per i battuti di cemento).

Il mesotelioma maligno della pleura (MMP), neoplasia rara, a prognosi infausta, in Italia, interessa ogni anno circa 1400 nuovi casi con una tendenza all'incremento di incidenza, sia per gli uomini che per le donne e si stima che tale incremento proseguirà almeno fino al 2020 a causa dell'esposizione occupazionale all'amianto, la cui correlazione con l'insorgenza del mesotelioma è ormai chiaramente accertata.

Secondo i dati del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte la provincia di Alessandria, ed in particolare l'area di Casale Monferrato, presentano da tempo un'elevata incidenza di mesotelioma maligno della pleura e del peritoneo in entrambi i sessi. I Tassi di incidenza standardizzati (standard: popolazione italiana al censimento 1981) per 100.000 per anno, nel periodo 1990-2008 nel Comune di Casale Monferrato, sono pari a 48.7 per i soggetti di sesso maschile e 28.8 per le donne, e nell'ambito del Distretto Sanitario sono pari a 27.8 per gli uomini e 16.1 per le donne. Per confronto, i tassi di incidenza nella popolazione piemontese, nello stesso periodo, sono di 3.6/100.000 per gli uomini e di 1.5/100.000 per le donne.

Ogni anno vengono diagnosticati, in provincia di Alessandria, con epicentro a Casale Monferrato e Comuni limitrofi, tra i 40 ed i 70 casi di MMP e del peritoneo.

Tra i casi diagnosticati, oltre i 2/3 dei casi di mesotelioma nell'area casalese non hanno in anamnesi un'esposizione lavorativa diretta, evidenziandosi, per tali casi, un'esposizione ambientale.

Partire dal miglioramento delle condizioni ambientali attraverso azioni multisettoriali finalizzate ad attuare interventi di bonifica di manufatti e materiali contenenti amianto, quindi, costituisce l'obiettivo prioritario per prevenire nuovi casi di patologie amianto correlate nell'ambito del territorio casalese.

L'analisi del rischio di esposizione della popolazione generale nel Distretto Sanitario di Casale Monferrato

L'elemento primario per l'attuazione di misure preventive efficaci è rappresentato dalla valutazione del rischio di esposizione della popolazione alle fibre di amianto; infatti, l'analisi del rischio rappresenta la fase in cui si stima la probabilità con cui l'amianto, attraverso le proprie fibre, può

causare effetti negativi sulla salute nonché la fase fondamentale per la gestione dei rischi secondo criteri di priorità di intervento.

Le Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la qualità dell'aria in Europa (Who 2000) evidenziano che una esposizione continuativa per l'intera vita della popolazione generale ad 1fibra di amianto/litro misurata in SEM, comporta un eccesso di rischio cancerogeno compreso tra 1 e 100 casi/1.000.000 di esposti.

Nell'ambito del Sito di Interesse Nazionale (SIN), che è composto da 48 Comuni rientranti nell'ambito territoriale di competenza del Distretto Sanitario di Casale Monferrato, è previsto uno specifico programma di monitoraggi ambientali, condotti dal Polo Amianto di ARPA Piemonte (Centro Ambientale Amianto), mirati a verificare la presenza di fibre di asbesto aerodisperse nel territorio oggetto di valutazione.

La campagna di monitoraggi ambientali interessa 118 punti di campionamento eseguiti in siti sensibili (ad esempio edifici scolastici) dei 48 Comuni del SIN e prevede l'analisi di 336 campioni in microscopia elettronica a scansione (SEM).

Nel corso del 2012, il Centro Sanitario Amianto ha proceduto a verificare i dati ottenuti dai monitoraggi ambientali al fine di verificare la valutazione dell'eventuale superamento del valore soglia di riferimento (1f/l) proposto dall'OMS, per la valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale.

Risultati e considerazioni

L'analisi dei dati derivanti dai monitoraggi ambientali condotti nell'ambito del Sito di Interesse Nazionale di Casale Monferrato ha evidenziato che i valori di fibre aerodisperse di amianto sono al di sotto del limite soglia di rischio proposto nelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la qualità dell'aria in Europa.

Tale situazione di contesto è da ricondursi all'intensa attività di bonifica posta in essere nell'ambito del SIN di Casale Monferrato, che ha consentito, nel corso degli anni la progressiva riduzione del numero di fibre aerodisperse, con conseguente minimizzazione del rischio di esposizione della popolazione a dette fibre.

Alla fase di analisi dei dati ha fatto seguito la stesura di un documento tecnico inerente la valutazione del rischio di esposizione alle fibre di amianto della popolazione generale nell'ambito del Distretto Sanitario di Casale Monferrato.

Seppur la valutazione del livello di esposizione della popolazione generale alle fibre di amianto nell'ambito del SIN abbia evidenziato un rischio trascurabile rispetto al determinismo di patologie correlate all'asbesto, risulta necessario considerare che i monitoraggi ambientali su vasta scala possono esclusivamente rappresentare un indicatore di esposizione della popolazione generale, e, pertanto, non consentono di definire in forma puntuale il rischio di esposizione della quota di popolazione che vive o frequenta in forma continuativa siti contaminati; inoltre, danneggiamenti con rilasci anche di elevata entità, ma occasionali e di breve durata, non sono rilevati in occasione del campionamento su vasta area, non potendosi così determinare il rischio di esposizione della popolazione nell'eventualità di accadimento di tali eventi.

Necessario, quindi, procedere, oltre ad una analisi del rischio generale di esposizione della popolazione attraverso i monitoraggi ambientali, ad una analisi del rischio sito specifica mediante la valutazione dei siti contaminati per la presenza di materiali e manufatti contenenti amianto e della quota (e caratteristiche) di popolazione che vive o frequenta in forma continuativa detti siti.

Un elemento prioritario per procedere ad una idonea azione di contrasto alle patologie amianto correlate è rappresentato dalla sensibilizzazione della popolazione affinché percepisca il rischio amianto, segnali agli Enti preposti alla tutela della salute ambientale ed umana eventuali siti critici, metta in atto interventi di prevenzione per ridurre il rischio di esposizione alle fibre di asbesto.

In considerazione di quanto sopra, nel corso del 2012, è stato organizzato un momento di incontro con la popolazione generale e gli Amministratori locali mirato a presentare i dati della campagna di monitoraggio ambientale ed a sensibilizzare la popolazione sul rischio amianto e sulle misure di contrasto da porre in essere.

Conclusioni

Ambiente e Salute costituiscono un binomio imprescindibile e, pertanto, è imperativo garantire l'integrazione e l'interazione degli Enti che se ne occupano, anche attraverso interventi coordinati e sinergici.

È necessario attuare, oltre ai monitoraggi ambientali su larga scala e ad una valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale, l'analisi del rischio sito specifica analizzando, per ciascuna area considerata, l'indice di degrado dei MCA ivi presenti e l'indice di esposizione della popolazione che vive o frequenta in forma continuativa tali contesti.

Costituiscono azioni fondamentali per la prevenzione dell'insorgenza di nuovi casi di patologie amianto correlate i processi di informazione alla popolazione ed ovviamente la prosecuzione costante degli interventi di bonifica secondo criteri di priorità, anche prescindendo, in specifici contesti ad elevato impatto sanitario, da azioni politiche di bilancio.

Indicatori di risultato

Indicatori di risultato	Standard	Attività svolta
Documento inerente la valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale del Distretto Sanitario di Casale Monferrato	Produzione documento	Produzione documento
Incontro di informazione con la popolazione generale e gli Amministratori locali	n° 1 incontri	n° 1 incontri

Linea Progettuale

Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Denominazione Progetto 5

Progetto laboratorio trattamento rocce e terra da scavo

Il laboratorio è stato attivato nei tempi e con le modalità previste.

Si coglie l'occasione per comunicare che il laboratorio stesso è attualmente in fase di trasferimento a Casale Monferrato (AL), dove sarà inserito all'interno di una struttura più vasta, in grado di compiere attività analitiche più diversificate e complesse e dove sarà possibile conseguire una maggiore sinergia con le attività del Centro Sanitario Amianto di recente realizzazione.

Linea Progettuale 5

Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Titolo del progetto

Nuove Metodiche-Determinazione del Crisotilo nella ruggine.

La valutazione della pulizia dei materiali ferrosi recuperati dall'Amiantifera secondo i dettami del MATTM ha richiesto la messa a punto di un metodo di campionamento ed analisi, con prove in campo e validazioni in laboratorio, con il fine di determinare la presenza residua di crisotilo. La messa a punto del metodo non è compresa nella convenzione con RSA.

La bonifica di materiali ferrosi derivanti dalla demolizione di apparecchiature ed impianti dell'ex-Amiantifera di Balangero ha richiesto la messa a punto di una metodica interna capace di determinare la quantità di crisotilo residuo nella ruggine presente sui materiali ferrosi, seguendo una necessità originatasi dal limite di 0,1% prescritto per il SIN di Balangero attraverso le linee guida redatte dal Ministero dell'Ambiente e da INAIL nel 2010.

A tal fine è stata sviluppata e validata metodica interna Arpa Piemonte: il metodo, codificato come U.RP.M974, è stato messo a sistema dal Sistema Gestione Qualità dell'Agenzia il 18.7.2012: l'attività di studio del metodo, necessaria per definire accuratezza e ripetibilità nonché l'incertezza di misura, ha richiesto l'impegno di 60 gg lavorativi di un tecnico di laboratorio (30 gg per due tecnici).

Linea Progettuale 5

Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Titolo del progetto

Monitoraggio Acque Balangero e basse Valli di Lanzo

Nel corso del 2012, il Polo Amianto di Arpa Piemonte ha campionato e analizzato **18** campioni, prelevati dallo stesso Polo a Balangero e nei comuni limitrofi, suddivisi nelle seguenti tipologie:

Acque potabili: **6** campioni

Acque superficiali: **4** campioni

Acque sotterranee: **6** campioni

Acque reflue: **2** campioni relative al depuratore di RSA (società incaricata della bonifica dell'ex-Amiantifera di Balangero).

Le analisi, condotte in microscopia elettronica a scansione, hanno interessato anche le acque sotterranee e reflue per meglio comprendere meccanismi di trasporto delle fibre; lo studio proseguirà nel 2013.

Linea Progettuale 5

Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Titolo del progetto

Monitoraggio fibre aerodisperse Corio-Balangero

Il Polo Amianto di Arpa Piemonte ha eseguito nell'estate 2012 un'indagine nei comuni limitrofi all'area del SIN di Balangero, con particolare attenzione ai centri abitati di Corio e Balangero.

Sono stati effettuati campionamenti di fibre aerodisperse per 5 gg consecutivi, con l'impegno di 2 persone/giorno, per un totale di 10 gg lavorativi.

Le attività di campionamento hanno determinato la necessità di analizzare 20 campioni di aerodispersi: le determinazioni di fibre di amianto sono state effettuate in SEM.

Il lavoro si è concluso con la redazione di una relazione, che ha richiesto l'impegno di un tecnico per 2 giornate lavorative.

Linea Progettuale 5

Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Titolo del Progetto

Sviluppo e validazione metodica mappatura amianto antropico.

Le attività sono state relazionate il 27 dicembre 2012 con relazione prot. n°132140

La metodica sviluppata si è basata sul confronto dei dati ottenuti dall'autocensimento con i dati ottenuti dalla fotointerpretazione di ortofoto, fotointerpretazione realizzata attraverso l'analisi spettrale delle coperture.

Nell'area considerata (Valenza) i dati dell'autocensimento fornivano presenza di coperture in cemento-amianto in 185 punti; allo scopo di confrontare i dati dell'autocensimento con le coperture individuate dall'analisi delle ortofoto, 111 dei suddetti punti sono stati georeferenziati (con spostamento del punto dall'indirizzo civico all'esatta posizione della copertura) attraverso 4 giornate di sopralluoghi effettuati da due tecnici. È stato così possibile collocare esattamente 72 punti su coperture di probabile MCA, sicuramente in fibrocemento; per 34 punti non è invece stato possibile ottenere lo stesso risultato poiché le coperture non risultavano visibili dal suolo pubblico (necessità di accesso a proprietà private): in questo secondo caso si è collocato il punto autocensito sulla proprietà privata indicata sulla scheda. Si ricorda infine che in 4 casi le coperture risultavano incapsulate o verniciate nel periodo trascorso tra il censimento (2010) ed il sopralluogo (dicembre 2012) mentre in un caso il tetto in fibrocemento appariva ricoperto da coppi, anche se non completamente confinato.

I punti così individuati, derivati dalle autodenunce dei singoli cittadini, sono quindi stati confrontati con i dati ottenuti dalla fotointerpretazione, verificando l'efficacia di quest'ultima tecnica nell'individuazione dei positivi.

La percentuale di successo ed insuccesso del metodo è risultata così ripartita:

Numero totale punti di controllo	
77	
Punti classificati correttamente	Punti non classificati correttamente <u>comprensivi dei ricadenti fuori dall'impronta degli edifici della base topografica</u>
52	25
PERCENTUALE SUCCESSO 68%	PERCENTUALE INSUCCESSO 32%

Esito del confronto tra punti di controllo e modello

I risultati ottenuti sono stati ritenuti positivi ed incoraggianti nell'ottica di applicabilità ed estensione del metodo ad altre porzioni di territorio regionale. Occorre notare inoltre che la percentuale di successo potrebbe venire notevolmente migliorata qualora la copertura degli edifici fosse aggiornata e di maggior dettaglio (comprendendo quindi corpi di fabbrica di piccole dimensioni).

Pur considerando positivamente i risultati è importante sottolineare come tale valutazione sia da considerarsi preliminare e sicuramente parziale: risulta infatti indispensabile validare il metodo su più aree con caratteristiche fisiografiche ed urbanistiche differenti, disporre di un numero maggiore di punti di verifica a terra (soprattutto per valutare la percentuale di fasi positivi) ed effettuare possibilmente confronti con risultati ottenuti attraverso altre tecniche di rilievo.

In tal senso è stata progettata per il 2013 l'estensione del metodo ad altre aree del territorio regionale, con sopralluoghi che saranno estesi a circa 3000 coperture, da realizzarsi mediante il coinvolgimento del personale dei dipartimenti provinciali Arpa.

Linea Progettuale 5

Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Titolo del Progetto Monitoraggio ambientale nel Comune di Sauze d'Oulx

Nel periodo maggio-settembre 2012 il Polo Amianto di Arpa Piemonte ha effettuato nel comune di Sauze d'Oulx 76 campionamenti di fibre aerodisperse: i campioni sono stati analizzati in microscopia elettronica a scansione per la determinazione delle fibre di amianto (76 SEM).

I rapporti di prova sono stati regolarmente emessi in tempistiche tali da evidenziare per tempo eventuali situazioni di rischio.

I risultati sono stati raccolti e discussi in una relazione finale (prot. 50814 del 3.6.13).

Linea Progettuale 5

Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate

Titolo del Progetto Nuove metodiche - FAV

E' stato realizzato lo studio di conferma del metodo ufficiale per la caratterizzazione delle fibre artificiali vetrose, con particolare attenzione alla determinazione del diametro medio e della percentuale di ossidi; la metodica è stata applicata per affrontare a partire da novembre 2012 le problematiche emerse in un grosso istituto scolastico di Torino, con analisi mediante microscopia elettronica a scansione dotata di microanalisi di 6 campioni di FAV prelevati all'interno della stessa struttura scolastica.

A seguito delle operazioni di bonifica, sono state infine determinate dal Polo Amianto di Arpa Piemonte le fibre artificiali vetrose aerodisperse, estendendo alle stesse la stessa tecnica di campionamento ed analisi delle fibre di amianto: sono stati in tal senso campionati ed analizzati in SEM 8 campioni di aerodispersi.

L'attività svolta ha richiesto l'emissione di rapporti di prova e la redazione di 4 pareri tecnici.