

Deliberazione della Giunta Regionale 31 luglio 2020, n. 8-1783

Recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 191/CSR e 192/CSR del 28/11/2019, assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN anno 2019. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse anno 2019 assegnate con D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 e presa d'atto della rendicontazione illustrativa e rendicontazione degli obiettivi di PSN anno 2018.

A relazione dell'Assessore Icardi:

Vista la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3;

visto lo Statuto della Regione Piemonte;

vista la Legge Regionale 18 gennaio 1995, n. 8 e successive modificazioni ed integrazioni;

visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e smi;

visto quanto disposto dal Titolo II del D.Lgs 118/2011 avente ad oggetto “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5/05/2009, n. 42”, con particolare riferimento agli artt. 29 e 30;

visto l’articolo 1, comma 34, della legge 23/12/1996, n. 662, il quale, tra l’altro, prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, possa vincolare quote del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano sanitario nazionale da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34 bis, di specifici progetti;

visto il comma 34 bis dell’articolo 1 della legge 23/12/1996, n. 662, come modificato dall’art. 79 comma 1 – quater del decreto legge 25/06/2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6/08/2008 n. 133, e dall’art. 3 bis, del decreto legge 8/04/2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6/06/2013, n. 64, il quale prevede l’elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al citato comma 34 sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e approvate tramite accordo dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell’importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione;

vista l’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5/06/2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10/07/2014) che all’articolo 1 comma 5 recita:” *le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono utilizzare la quota complessiva annua spettante a valere sul riparto della quota vincolata degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte del Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate a tali aree di attività. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere*

destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea";

visto l'articolo 17 del Patto della Salute che al comma 2 recita: *"Con il presente Patto le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per Piano nazionale della prevenzione, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte sei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori";*

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018 in sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2017 (Rep. Atti n. 149/CSR e n. 150/CSR del 01/08/2018);

vista l'Intesa Rep. Atti n. 89/CSR, del 6/06/2019, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019;

vista l'Intesa Rep. Atti n. 192/CSR, del 28/11/2019, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, e del decreto legge 30/04/2019 n. 34, comma 1 - nonies sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'aggiornamento della ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Atto Rep. n. 89/CSR del 06/06/2019);

visto l'Accordo Rep. Atti n. 91/CSR, del 1/06/2019, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019;

visto l'Accordo Rep. Atti n. 191/CSR, del 28/11/2019, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 come aggiornate dal decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-nonies;

preso atto che i citati accordi per le annualità 2018-2019 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di Piano Sanitario Nazionale:

	Linea Progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Linea Progettuale: Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Altre Linee Progettuali di PSN	TOTALE
Importi in euro	A	B	C	D=A+B+C
Esercizio 2018	8.145.328	19.548.786	62.114.966	89.809.080
Esercizio 2019	8.127.473	19.505.935	60.136.444	87.769.856

vista la D.G.R. n. 52-7643 del 21/05/2014 avente ad oggetto "Piano Regionale della prevenzione 2014-2018: indirizzi per l'anno 2014";

vista la D.G.R. n. 40-854 del 29/12/2014 avente ad oggetto "Piano Regionale della prevenzione 2014-2018: recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e indirizzi generali per il periodo 2015-2018";

vista la D.G.R. n. 25-1513 del 03/06/2015 avente ad oggetto "Piano regionale della prevenzione 2014-2018: approvazione dei programmi di prevenzione per il periodo 2015-2018, in attuazione della DGR n. 40-854 del 29/12/2014";

vista la D.G.R. n. 27-7048 del 14/06/2018, avente per oggetto "Piano regionale della prevenzione 2014-2018: rimodulazione per l'anno 2018 ed estensione vigenza al 31.12.2019. Modifica della DGR n. 25-1513 del 3 giugno 2015";

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

dato atto, inoltre, che con D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25/07/2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5/06/2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore;

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

dato atto che con D.G.R. n. 42-2743 del 29/12/2015 è stata approvata la riorganizzazione della Rete regionale di Terapia del Dolore, a parziale modifica della D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25/07/2012, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, n. 38, con l'individuazione di tre centri Hub sul territorio regionale e l'eliminazione della distinzione tra Centri Spoke di primo e di secondo livello;

dato atto che con D.G.R. n. 27-6517 del 23/02/2018 in attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella P.A. 2017-2019 e degli adempimenti in materia di Sanità digitale sono state approvate le linee di indirizzo della sanità digitale Piemontese - Progetti regionali 2018-2020;

dato atto che con D.G.R. n. 20-9072 del 27/05/2019 sono state approvate le schede di progetto regionali del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018 assegnati agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017 e D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018;

dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2019 sono state assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 e D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019;

precisato che nel definire i Progetti Obiettivo di PSN 2018 e 2019 si è tenuto conto, tra l'altro, del rispetto dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:

- Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.
- Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione.

dato atto che le attività rendicontate per l'anno 2018 sono coerenti con gli atti regionali di indirizzo e programmazione come sopra richiamati;

precisato che per l'anno 2018 con D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017 e D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 la spesa del SSR concernente il supporto ai tre network (ONS AIRTUM NIEBP), pari complessivamente a euro 97.744 (quota parte della linea nazionale degli obiettivi da PSN vincolati pari a euro 19.548.786), nelle more delle indicazioni e riparto nazionale definitivo è stata accantonata nel bilancio d'esercizio 2018 regionale della GSA;

dato atto che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2019 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2019 sono state suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2019	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti multicronicità	59.866.445	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
3 - Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	8.127.473	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2019	Settori regionali competenti
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.505.935	A1409B - Prevenzione e Veterinaria
5 - Tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale – territorio	0	A14016C - Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
TOTALE COMPLESSIVO	87.769.856	

ritenuto di approvare la specifica relazione nell'allegato 4) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, ai sensi dei sopracitati accordi, che illustra per l'anno 2018 i risultati raggiunti, per singolo progetto, e degli stati di avanzamento in coerenza ai provvedimenti regionali di riferimento approvati con la D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018;

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

dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale;

attestata la regolarità amministrativa del presente atto, ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016;

tutto ciò premesso e considerato;

udita la proposta del relatore, la Giunta Regionale, unanime,

delibera

- di prendere atto dell'Intesa Rep. Atti n.192/CSR, del 28/11/2019, resa ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662 s.m.i., e del decreto legge 30/04/2019 n. 34, comma 1 - nonies sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'aggiornamento della ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Atto Rep. n. 89/CSR del 06/06/2019)", allegata 1) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
- di recepire l' Accordo Rep. Atti n. 191/CSR, del 28/11/2019, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 come aggiornate dal decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-nonies , allegato 2) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2019 illustrato nell'allegato 3 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale coerente con quanto assegnato, realizzato o accantonato dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale nell'esercizio 2019 in attuazione della D.G.R. n. 23-

8257 del 27/12/2018 di riparto tecnico provvisorio del fondo sanitario nazionale e della D.G.R. 31-877 del 23/12/2019;

- di dare atto che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, destinatari della quota di fondo vincolato come declinato nell'Allegato 3) del presente provvedimento, in attuazione alle indicazioni regionali hanno contabilizzato le risorse, sostenuto o accantonato la spesa relativa alle linee progettuali di Piano Sanitario Nazionale 2019 nel bilancio d'esercizio 2019;
- di prendere atto della relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno 2018 e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali nell'allegato 4) al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale in coerenza con le schede progettuali approvate con D.G.R. n. 20-9072 del 27/05/2019;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale.

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)



Parlamento del Consiglio che Merito

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e del decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-novies, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'aggiornamento della ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Atto Rep. n. 89/CSR del 6 giugno 2019).

Rep. Atti n. 192/CSF 28 novembre 2019

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

Nella odierna seduta del 28 novembre 2019

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con questa Conferenza, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34bis, di specifici progetti.

VISTO il comma 34bis del predetto articolo 1, aggiunto dall'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 79, comma 1quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede, che, dall'anno 2009, all'atto dell'adozione della delibera CIPE di ripartizione delle somme spettanti alle Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente, il Comitato medesimo su proposta del Ministro della salute e d'intesa con questa Conferenza, provveda a ripartire tra le Regioni le quote vincolate in questione. La presente proposta di riparto, relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, è da predisporre sulla base delle linee guida da approvarsi con apposito accordo in sede di questa Conferenza. L'erogazione delle somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto nella misura del 70 per cento di cui al presente riparto, è subordinata alla stipula dell'Accordo Stato-Regioni in applicazione del medesimo articolo 1, comma 34bis. In sede di stipula dell'accordo sulle predette linee guida si provvederà a quantificare un'apposita quota dello stanziamento finalizzata all'applicazione della disposizione di cui all'articolo 22, comma 2, secondo periodo, del decreto legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n. 102 in materia di programmi dedicati alle cure palliative. L'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte di questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, degli specifici progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporterà per la regione interessata, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

VISTA la legge 28 giugno 2019, n. 58, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2019, n.34, che all'articolo 38, comma 1-novies ha stabilito in 32,5 mln di euro l'accantonamento da operarsi in sede di riparto per l'anno 2019 per le finalità di cui alle lettere a) e b) dell'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n.146, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n.172;

VISTA l'Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 6 giugno 2019 (Rep. Atti n.89/CSR), sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019;

RITENUTO **necessario aggiornare** la proposta di riparto su cui è stata acquisita l'intesa sopracitata, **adeguando per il 2019 gli accantonamenti** previsti alla normativa vigente;

VISTA la nota del Ministero della salute del 5 novembre 2019 con la quale è stata trasmessa la proposta di Deliberazione per il CIPE diramata, in **data 6 novembre 2019**, alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano a cura dell'Ufficio di **Segreteria della Conferenza**;

VISTA la comunicazione del **19 novembre 2019** con la quale il Coordinamento della Commissione salute delle Regioni ha dato il proprio assenso all'iscrizione del provvedimento all'ordine del giorno della Conferenza del **28 novembre 2019**;

VISTA la comunicazione del 26 novembre 2019 con la quale il Coordinamento della Commissione salute delle Regioni ha espresso l'assenso tecnico sul provvedimento;

CONSIDERATO che, nel corso della odierna seduta, le Regioni e le Province Autonome hanno **espresso avviso favorevole** sulla proposta del Ministero della salute;

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'aggiornamento della ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Atto Rep. n. 89/CSR del 6 giugno 2019), allegato A al presente atto.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande



Il Presidente
On. Francesco Bocca

199





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF. IV DGPROGS

Proposta di deliberazione per il CIPE

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2019: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

L'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2008 n. 133, con decorrenza dall'anno 2009, e dal comma 1 dell'art. 3-bis, D.L. 8 aprile 2013, n. 35, aggiunto dalla legge di conversione 6 giugno 2013, n. 64, detta i criteri di assegnazione delle risorse alle regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, della citata legge 662/96, la norma modificata prevede che all'atto dell'adozione della delibera di ripartizione da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente, il Comitato medesimo, su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provveda a ripartire tra le regioni le quote vincolate di che trattasi.

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2019, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporre sulla scorta delle linee guida individuate con apposito Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

L'erogazione delle somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto nella misura del 70 per cento di cui al presente riparto, è subordinata alla acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla proposta di ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, in applicazione dell'articolo 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dall'articolo 3-bis, D.L. 8 aprile 2013, n. 35, aggiunto dalla legge di conversione 6 giugno 2013, n. 64. In sede di stipula dell'Accordo Stato-Regioni sulle predette linee guida si provvede a quantificare un'apposita quota dello stanziamento finalizzata all'applicazione della disposizione di cui all'articolo 22, comma 2, secondo periodo del decreto-legge 1° luglio 2009, n.78 convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n.102 in materia di programmi dedicati alle cure palliative.

Resta fermo che all'erogazione del restante 30 per cento si provvederà, nei confronti delle singole regioni, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Salute, degli specifici progetti presentati dalle regioni medesime, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporterà, per la regione interessata, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione



della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

Sul FSN 2019 sono stati stanziati, per le finalità suddette, 1.500,00 mln di euro già nettizzati dell'importo di 2 milioni di euro per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti, ai sensi dell'articolo 8-bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009.

A seguito dell'Intesa Stato-regioni acquisita il 6 giugno 2019 sulla proposta di riparto per l'anno 2019 delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale (atto rep. 89/CSR), è stata emanata la legge 28 giugno 2019, n. 58, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, che all'articolo 38, comma 1-novies ha confermato in 32,5 milioni di euro l'accantonamento da operarsi in sede di riparto per l'anno 2019 per le finalità di cui alle lettere a) e b) dell'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172.

Si rende pertanto necessario aggiornare la proposta di riparto su cui è stata acquisita l'Intesa in Conferenza Stato-regioni il 6 giugno 2019 (atto rep. 89/CSR) adeguando per il 2019 gli accantonamenti previsti alla normativa vigente.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di 1.079,916 mln di euro, a valere sui complessivi predetti 1.500,00 mln di euro con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria, per la realizzazione dei progetti da realizzarsi sulla scorta di quanto indicato nel nuovo Accordo relativo all'anno 2019 che sostituisce il precedente Accordo sancito in Conferenza Stato-regioni il 6 giugno 2019 (atto rep. 91/CSR).

Della residua somma di 420,084 mln di euro, sono destinati:

- 336,000 mln di euro per il finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'art. 1, c. 400, della Legge n. 232/2016;
- 1,466 mln di euro per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP, determinata sulla base dei dati di produzione relativi all'anno 2017;
- 1,068 mln di euro in favore dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù a titolo di conguaglio tra il valore delle prestazioni effettivamente rese in favore dei minori STP negli anni 2013-2016 (2013: 1.294.093 euro - 2014: 1.388.989 euro - 2015: 1.867.035 euro - 2016: 1.782.475 euro) e la somma di 1.316.000 annualmente assegnata alla struttura.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di 81,550 mln di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) € 10 milioni, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per la sperimentazione gestionale finalizzata alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
- b) € 10 milioni per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle regioni nel campo della salute umana; in relazione a tale attività è previsto il preventivo parere da parte della Conferenza Stato - Regioni, come dalla stessa richiesto in sede di intesa sulla proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015;
- c) € 12 milioni, ai sensi dell'articolo 1, comma 406, della legge 205/2017, per la sperimentazione della remunerazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, per il triennio 2018-2020;
- d) € 5 milioni da destinarsi all'Istituto superiore di sanità per l'attività di valutazione delle linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida, anche in relazione a quanto disposto dall'articolo 5 della legge 24/2017 **recante** "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, **nonché**



in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", previa presentazione di una relazione da sottoporre al preventivo parere della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute;

- e) € 1,500 milioni in favore del Centro Nazionale Sangue, ai sensi dell'articolo 1, comma 439, della legge 205/2017;
- f) € 2,550 milioni per lo sviluppo di una rete nazionale di officine farmaceutiche da individuarsi a cura delle regioni secondo requisiti di accreditamento preventivamente stabiliti per la produzione di terapie geniche (CAR T Cells). A fronte di un importo complessivo stimato a regime ad avvenuta attuazione del progetto di 61 milioni di euro, la somma di 2,550 mln individuata a valere sulla quota degli obiettivi di piano 2019, consente la copertura di oneri di gestione delle predette officine farmaceutiche per il primo anno di applicazione del progetto, le cui modalità di concreta realizzazione saranno individuate con successivo decreto interministeriale, previa Intesa della Conferenza Stato-Regioni, da adottarsi entro 60 giorni dall'acquisizione dell'Intesa sulla presente proposta di riparto. Con il predetto decreto saranno individuate sia le strutture presso le quali opereranno le officine farmaceutiche, secondo i requisiti di accreditamento preventivamente stabiliti, sia le regioni destinatarie delle risorse necessarie per la realizzazione del progetto;
- g) € 2 milioni destinati alla Regione Veneto per il finanziamento del progetto interregionale "Programma Mattone Internazionale Salute";
- h) € 2 milioni destinati alla copertura degli oneri previsti dall'articolo 12, comma 3, ultimo periodo del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, relativi alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021, da ripartirsi successivamente tra le regioni secondo i criteri individuati nella citata norma e sulla base dei dati che dovranno essere forniti dalle stesse regioni;
- i) € 32,500 milioni ai sensi dell'articolo 38, comma 1-novies del decreto-legge 34/2019 (cosiddetto "decreto crescita"), convertito con modificazioni nella legge 58/2019, per le finalità di cui alle lettere a) e b) dell'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172, e ripartiti secondo gli importi definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni;
- j) € 4 milioni destinati dal comma 552 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018 n. 145 alla copertura di quanto disposto dal comma 551 della stessa legge in ordine all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con un fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'IVA inferiore a euro 150.000;

Si allega alla presente proposta la tabella nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di 1.079,916 mln di euro, evidenziando le quote rispettivamente pari al 70 e al 30 per cento da erogarsi in base a quanto sopra specificato.

A norma della vigente legislazione vengono escluse dalla ripartizione le regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le province autonome di Trento e di Bolzano, mentre per la Regione Siciliana sono state operate le venti riduzioni.

Il Ministro della Salute



The image shows the official stamp of the Italian Ministry of Health (Ministero della Salute) and a handwritten signature in black ink over it. The stamp is circular and contains the text 'REPUBBLICA ITALIANA' and 'MINISTERO DELLA SALUTE'.



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote finanziarie agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2019

1.500.000.000 Inquadro bilante

- 12.000.000 per lo sportellamento e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie (L. 205/2017, art. 1, c. 49)
- 1.500.000 in favore del Centro Nazionale Sangue (L. 205/2017, art. 1, c. 49)
- 10.000.000 malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migrazioni e Povertà (INMP)
- 10.000.000 supporto operativo-educativo dell'Istituto superiore di sanità
- 5.000.000 progetto internazionale nell'ambito del sistema sanitario italiano guida
- 1.465.716 finanziamenti preordinati dall'OPPCO e favore del piano STP
- 1.268.977 congruo per prestazioni dell'OPPCO a favore dei minori STP erogate dal 2013 al 2016
- 16.000.000 fondo medicinali innovativi (art. 1, c. 49, L. 232/2016)
- 2.550.000 progetto CAR T-CELLS
- 2.500.000 per il Razionamento, in favore della Regione Veneto, del progetto internazionale "Programma Mattone Internazionale Salute"
- 2.000.000 Razionamento organizzazione centri di Diagnostica Specifica di medicina generale anni 2019, 2020 e 2021, ai sensi art.11, comma 2, ultima periodo del decreto-legge 30 aprile 2015, n. 25, convertito, con modificazioni
- 107.500.000 Razionamento per le finalità di cui alle lettere a) e b) dell'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18 ottobre 2015, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2015, n. 172
- 4.000.000 rimborso prepagato di alcune farmacie (art. 1 ex 551 e 552, L. 145/2018)

1.024.915.672 Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01/01/2018	Popolazione di riferimento	Settimana disponibile	Compartecipazione Sicilia	Quote compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RDS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.375.865	4.375.865	83.747.403		4.022.453	87.769.856	61.438.899	26.330.957
VAL D'AOSTA	126.202				-	-	-	-
LOMBARDIA	10.036.258	10.036.258	192.078.718		9.225.691	201.304.409	140.913.086	60.391.323
BOLZANO	527.750				-	-	-	-
TRENTO	539.898				-	-	-	-
VENETO	4.905.037	4.905.037	95.874.950		4.508.887	98.383.837	68.868.686	29.515.151
FRIULI	1.215.538				-	-	-	-
LIGURIA	1.556.981	1.556.981	29.798.249		1.431.233	31.229.482	21.860.637	9.368.845
EMILIA R	4.452.629	4.452.629	85.216.549		4.091.017	89.309.566	62.516.696	26.792.870
TOSCANA	3.736.968	3.736.968	71.519.885		3.435.156	74.955.042	52.468.500	22.486.542
UMBRIA	884.640	884.640	16.930.665		813.193	17.743.858	12.420.701	5.323.157
MARCHE	1.531.753	1.531.753	29.315.423		1.408.043	30.723.466	21.506.426	9.217.040
LAZIO	5.896.693	5.896.693	112.853.738		5.420.453	118.274.191	82.791.934	35.482.257
ABRUZZO	1.315.196	1.315.196	25.170.851		1.208.976	26.379.827	18.465.879	7.913.948
MOLISE	308.493	308.493	5.904.087		283.578	6.187.665	4.331.366	1.856.299
CAMPANIA	5.826.860	5.826.860	111.517.241		5.356.260	116.873.501	81.811.451	35.062.050
PUGLIA	4.048.242	4.048.242	77.477.197		3.721.290	81.198.487	56.838.941	24.359.546
BASILICATA	567.118	567.118	10.853.776		521.315	11.375.092	7.962.565	3.412.527
CALABRIA	1.956.687	1.956.687	37.448.014		1.798.657	39.246.671	27.472.670	11.774.001
SICILIA (*)	5.026.989	5.026.989	96.208.926	47.248.204	-	48.960.722	34.272.506	14.688.216
SARDEGNA	1.648.176				-	-	-	-
TOTALE	60.483.971	56.426.409	1.679.915.672		47.248.204	1.079.915.672	755.940.973	323.974.699

(*) Per la Sicilia sono state attendute le risorse previste come risultato della regione al bilancio 2019 (dalla L. 228/2008 (89,11%) sulla somma disponibile



Protocollo del Consiglio dei Ministri

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 come aggiornato dal decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-novies.

Rep. Atti n. 191 / CSR
28 novembre 2019

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

Nella odierna seduta del 28 novembre 2019:

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il Comitato Interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con questa Conferenza, possa vincolare quote del Fondo sanitario nazionale per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34bis, di specifici progetti;

VISTO il comma 34bis dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, secondo cui le Regioni, per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale, elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza Stato - Regioni;

VISTO il comma 34bis dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato per gli aspetti concernenti il finanziamento di progetti regionali in materia sanitaria dall'articolo 79, comma 1-quadro del decreto legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133 e dall'articolo 3bis, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, il quale prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato - Regioni, provvede a ripartire tra le Regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle Regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di FSN di parte corrente. Al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al predetto comma 34, il Ministero dell'economia e finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza Stato - Regioni, su proposta del Ministro della salute, dei progetti presentati dalle Regioni. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;

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

191





Protocollo del Consiglio di Ministri

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

VISTO il **decreto legge 13** settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni con legge 8 novembre 2012, n. 189 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";

VISTA l'intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2018 per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sancita da questa Conferenza il 1° agosto 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulla proposta del Ministero della salute, sancito da questa Conferenza nella seduta del 1° agosto 2018 (Rep. Atti n. 150/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018 ed è stato definito l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" (Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016);

VISTA 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 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014) (di seguito Patto della Salute) che all'articolo 1, comma 5 recita: "Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano possono utilizzare la quota complessiva annua spettante a valere sul riparto della quota vincolata degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte dal Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate a tali aree di attività. Le Regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione del Lea";

VISTO l'articolo 17, comma 1 della suddetta Intesa concernente il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016 che conferma, per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 dello stesso Patto, la destinazione per il Piano Nazionale della Prevenzione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

VISTO il comma 2 del citato articolo 17 del Patto della Salute che recita: "Con il presente Patto le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte dei





Conferenza del Consiglio dei Ministri

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

network regionali **dell'Osservatorio nazionale screening Evidence-based prevention**, Associazione italiana registri Tumori);

VISTA 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 Ministero della Salute concernente il "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018" (Rep. 158/CSR del 13 novembre 2014);

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018 - Documento per la valutazione" (Rep. Atti n. 56/CSR del 25 marzo 2015);

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 che reca "Definizione e **aggiornamento** dei Livelli Essenziali di Assistenza, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTO l'Accordo sancito in questa Conferenza in data 6 giugno 2019, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019 (Rep. Atti n. 91/CSR);

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza in data 6 giugno 2019 sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni **delle risorse vincolate**, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Atto Rep. n. 89/CSR del 6 giugno 2019);

CONSIDERATO che, a seguito della predetta Intesa Rep. Atti n. 89/CSR, sono state emanate successive norme nazionali per la cui applicazione si rende necessario aggiornare l'Intesa medesima e la proposta di Accordo sugli obiettivi di PSN, con relativa proposta di ripartire tra le Regioni la quota di 1.079.916 mln di euro;

RILEVATO, pertanto, che il presente Accordo sostituisce il precedente del 6 giugno 2019 (Rep. Atti n. 91/CSR), con conferma **delle linee progettuali già individuate nel precedente Accordo** e della scheda progetto di cui all'Allegato C), e **sostituzione della scheda finanziaria** di cui all'Allegato B che prevede una diversa assegnazione delle risorse alle Regioni;

VISTA la nota del Ministero della **salute** del 5 novembre 2019, con la quale è stata trasmessa la **documentazione** relativa allo schema di Accordo indicato in oggetto, diramata il 6 novembre 2019 alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano a cura dell'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza;

VISTA la nota del 11 novembre 2019 dell'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza di richiesta alle Regioni di assenso tecnico;

VISTA la comunicazione del 19 novembre 2019 con la quale il Coordinamento della Commissione salute delle Regioni ha dato il proprio assenso all'iscrizione del provvedimento all'ordine **del giorno**

FR



Protocollo del Consiglio di Amministrazione

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

della Conferenza del 28 novembre 2019

VISTA la comunicazione del 26 novembre 2019 con la quale il Coordinamento della Commissione salute delle Regioni ha espresso l'assenso tecnico sul provvedimento;

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza in data 28 novembre 2019, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e del decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-*novies*, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa all'aggiornamento della ripartizione alle **Regioni delle quote** vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019 (Rep. Atti n. 192/CSR).

CONSIDERATO che, nel corso della odierna seduta, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole sulla proposta in parola.

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nei seguenti termini:

PREMESSO CHE

- il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008, approvato con il DPR 7 aprile 2006, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto Rep. 2271/2005), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare la diversità e le disomogeneità territoriali, impegna Stato e Regioni nell'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, al fine di garantire uniformità dell'assistenza. Tali strategie possono essere sviluppate tramite la definizione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione;
- il Patto per la salute 2014-2016 ha sottolineato esplicitamente la necessità di attuare concrete misure di programmazione sanitaria ed investire nel sistema salute, **promuovendo percorsi di interazione con il territorio e tutte le istituzioni interessate, ed avviare percorsi anche innovativi di riorganizzazione dei servizi e di utilizzo razionale delle risorse al fine di rispondere appropriatamente ai bisogni di salute dei cittadini, tenendo conto dei profondi cambiamenti epidemiologici e sociali che caratterizzano il contesto del Paese;**
- il presente Accordo sostituisce l'Accordo sancito il 5 giugno 2019 (Rep. Atti n. 91/CSR) ed in particolare vengono rimodulate le risorse finanziarie secondo quanto indicato **dalla nuova scheda di cui all'Allegato B, che costituisce parte integrante del presente Accordo, e fa**





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER IL RAPPORTO
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DEI TRENTINO E DI BOLZANO

seguito alla nuova Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2019.

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell'anno 2019 dovranno essere trasversali a più ambiti di assistenza che risultino prioritari per la sanità del nostro Paese e conformi ai programmi e agli indirizzi condivisi con l'Unione europea e con i principali organismi di sanità internazionale. Le linee progettuali indicano, in particolare, la necessità di investire nel campo della cronicità e della non autosufficienza, delle tecnologie in sanità e della discriminazione in ambito sanitario, oltre che per le tematiche vincolate relative al piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore.
2. per l'anno 2019 sono 5 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati A e B del presente Accordo, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:
 - linea progettuale Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità;
 - linea progettuale Promozione dell'equità in ambito sanitario;
 - linea progettuale Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica - con vincolo di risorse pari a 100 milioni di euro;
 - linea progettuale Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione - con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP - Network;
 - linea progettuale La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.
3. a seguito della stipula dell'Intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2019, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 28 novembre 2019 (Rep. Atti n. 192/CSO), in applicazione dell'articolo 1, comma 34bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-bis, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse complessive di assegnazione per l'anno 2019.
4. entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, le Regioni sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A del presente accordo e rispettando i contenuti presenti nello stesso allegato. In particolare le Regioni sono tenute a:





Protocollo del Consiglio di Ministri

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

- a. presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network; linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore;
- b. presentare un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando tutte le restanti risorse assegnate per gli obiettivi di Piano.

Non devono essere presentati più progetti per la stessa linea progettuale. Qualora si intenda presentare un progetto che prosegue quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento.

5. il progetto Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
 - gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili ed i costi connessi;
 - gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti;
6. I progetti delle restanti linee progettuali dovranno essere elaborati seguendo la scheda progetto di cui all'allegato C del presente Accordo, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
7. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2019, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente;
8. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
9. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4., ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande



Il Presidente
On. Francesco Boccia



ALLEGATO A

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

Anno 2019

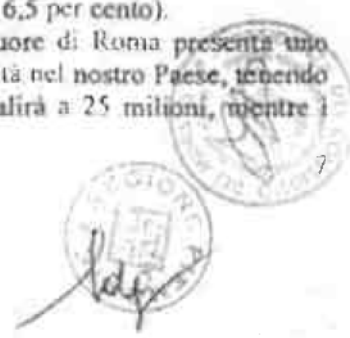
I. Linea progettuale:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ

Premessa

L'Istituto nazionale di statistica (Istat) rileva, annualmente, mediante un'indagine multiscope sulle famiglie detta "Aspetti della vita quotidiana", le informazioni sulla percezione dello stato di salute, sulla presenza di patologie croniche, sugli stili di vita e su alcuni consumi sanitari. Dal 2009 tale indagine viene svolta a livello internazionale, utilizzando un quesito standardizzato, **basato** su cinque modalità di risposta: molto bene, bene, né bene né male, male, molto male. Con la pubblicazione dell'annuario statistico anno 2018, l'Istat ha reso noto che, in riferimento alla diffusione delle patologie croniche nell'anno precedente, il 39,9 per cento dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche). Tale dato risulta stabile rispetto a quanto rilevato nell'anno 2017 versus 2016. Inoltre, il 20,9 per cento della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con **differenze di genere** molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra **settantacinquenni** la multicronicità si **attesta** al 65,7 per cento (56,9 per **cento** tra gli uomini e 71,8 per **cento** tra le donne). In particolare, negli ultimi quattro anni la percentuale delle persone affette da una o più malattie croniche è passata dal 20,1 per cento dell'anno 2013 al 20,9 per cento dell'anno 2017. Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (17,8 per cento), l'artrosi/artrite (16,1 per cento), le malattie allergiche (10,7 per cento), l'osteoporosi (7,9 **per cento**), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,9 per cento), il diabete (5,7 per cento). Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite **aumentano con l'età e con** **note** **differenze di genere**, in linea di massima a svantaggio delle donne. Lo svantaggio **femminile** nelle età più anziane si rovescia solo per bronchite cronica e malattie del cuore. In particolare gli uomini di 75 anni e più sono più colpiti da malattie del cuore (18,9 per cento) rispetto alle loro **coetanee** (14,4 per cento) e da bronchite cronica (19,3 per cento contro 16,5 per cento).

Il rapporto Osservasalute 2018 dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma presenta uno studio svolto su una proiezione, a dieci anni, del fenomeno della cronicità nel nostro Paese, tenendo conto dei dati ISTAT. Nell'anno 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i



REGIONE LAZIO
7

multicronici saranno 14 milioni. La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12 milioni di persone affette nel 2028, mentre l'artrosi/artrite interesserà 11 milioni di italiani; per entrambe le patologie ci si attende 1 milione di malati in più rispetto all'anno 2017. Tra 10 anni, le persone affette da osteoporosi, invece, saranno 5,3 milioni, 500 mila in più rispetto al 2017. Inoltre, gli italiani affetti da diabete saranno 3,6 milioni, mentre i malati di patologie cardiologiche saranno 2,7 milioni. In riferimento alle diverse fasce della popolazione, nell'anno 2028, tra la popolazione della classe di età 45-74 anni, gli ipertesi saranno 7 milioni, quelli affetti da artrosi/artrite 6 milioni, i malati di osteoporosi 2,6 milioni, i malati di diabete circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione. Inoltre, tra gli italiani ultra 75enni 4 milioni saranno affetti da ipertensione o artrosi/artrite, 2,5 milioni da osteoporosi, 1,5 milioni da diabete e 1,3 milioni da patologie cardiache.

Il fenomeno della cronicità e della multicronicità rappresenta una sfida molto impegnativa e importante per il futuro di tutte le popolazioni a livello mondiale poiché, come afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie croniche sono "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni" e necessiteranno dell'impegno di circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale (WHO, 2002, "Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action").

Per vincere la sfida contro queste "nuove epidemie" è necessario, come indica il Piano nazionale cronicità adottato dal nostro Paese (con Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016), coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti, dalla persona con cronicità al "macrosistema-salute", formato non solo dai servizi ma da tutti gli attori istituzionali e sociali che hanno influenza sulla salute delle comunità e dei singoli individui.

Attualmente, l'assistenza sanitaria di questa tipologia di pazienti è frammentaria in quanto viene seguito un approccio diagnostico-terapeutico per singola malattia che genera un impatto negativo sul paziente e sugli operatori sanitari. Infatti, la multicronicità è associata a una ridotta qualità della vita, a una più alta mortalità e ad un utilizzo di più farmaci da parte del paziente. Pertanto, i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare una maggiore richiesta di indagini clinico-diagnostiche, di trattamenti terapeutici e di visite mediche e, nel contempo, l'aumento degli eventi avversi e dell'utilizzo dei servizi sanitari (comprese le cure non pianificate o di emergenza). Un particolare problema per i servizi sanitari è che i regimi di trattamento (compresi i trattamenti non farmacologici) possono facilmente diventare molto onerosi per le persone con multicronicità e l'assistenza può risultare scoordinata e frammentata. La polifarmacia nelle persone con multicronicità è spesso motivata dalla somministrazione di più farmaci destinati a prevenire la morbilità e la mortalità delle singole patologie croniche di cui lo stesso individuo è affetto. Inoltre, i soggetti le cui condizioni di cronicità prevedono un trattamento strettamente correlato o concordante, come il diabete, l'ipertensione e l'angina, presentano meno problemi di assistenza sanitaria rispetto a quei pazienti che si trovano in condizioni che richiedono un trattamento del tutto diverso (ad esempio, condizioni fisiche e mentali).

I sistemi sanitari sono, pertanto, indirizzati a ridurre il carico del trattamento (polifarmacia e appuntamenti multipli), le cure non pianificate, gli accessi impropri al PS ed a migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo delle decisioni condivise basate sull'assistenza personalizzata del paziente mediante l'identificazione di ciò che è importante per la singola persona in termini di trattamenti, priorità di salute, stile di vita e obiettivi.

Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ha pubblicato, nel settembre 2016, le linee guida dal titolo "Multimorbidity: clinical assessment and management" che stabiliscono: quali sono le persone che hanno maggiori probabilità di trarre beneficio da un approccio alla cura che tenga conto della multimorbilità, come identificare questa tipologia di pazienti e quanto può essere previsto dal punto di vista assistenziale. Inoltre, la Commissione europea, con la Joint Action CHRODIS (Addressing Chronic Diseases and Healthy Ageing Across the Life Cycle), sta promuovendo e facilitando lo scambio di buone pratiche di oltre 60 partner europei per affrontare al meglio le malattie croniche, con un focus specifico sulla multicronicità.



In Italia, il citato Piano Nazionale della cronicità ha ampiamente individuato le problematiche relative all'attuazione dei trattamenti di cura in pazienti cronici con multicronicità ed ha previsto, come possibile soluzione, la **programmazione** di un percorso di cura condiviso e personalizzato. I principali riferimenti sono il già indicato "Piano nazionale della Cronicità", approvato con Accordo Stato-Regioni il 15 settembre 2016, e il Quaderno del Ministero della Salute 2013 "Criteri di Appropriatazza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza al paziente complesso".

Aree prioritarie di intervento

Tanto detto, le Regioni sono invitate, con la realizzazione di un unico progetto sulla multicronicità, a favorire un approccio, che aumenti l'efficienza e l'accessibilità delle cure, fornendo un'assistenza **multidisciplinare** sia in termini di diversi livelli della professione sanitaria (infermieri, medici, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.), che delle diverse specializzazioni della malattia.

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

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

Inoltre, è necessario migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo decisioni condivise nei vari setting assistenziali e sostenendo un approccio terapeutico che tenga conto delle differenze individuali anche dal punto di vista genetico, dell'ambiente e dello stile di vita delle singole persone.

Le principali attività da prevedere sono: una mappatura territoriale che rilevi la presenza di individui affetti da più patologie, l'attivazione di nodi sensibili della **rete** dei servizi a partire dalla Medicina Generale, l'individuazione di strumenti per la valutazione dei pazienti con multicronicità, con possibilità di fornire risposte mono o **multiprofessionali**, la valutazione delle diverse probabilità di presa in carico del paziente e la realizzazione di piani di assistenza individualizzati che tengano conto, in maniera flessibile, delle linee guida basate sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche.

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

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

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



Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

2. Linea progettuale:

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Promessa

La dichiarazione congiunta OMS/ONU del 27 giugno 2017 rammenta che un principio cardine dell'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile è quello di "garantire che nessuno sia lasciato indietro" e di "raggiungere innanzitutto chi sta più indietro". Gli organismi delle Nazioni Unite, riconoscendo che la discriminazione in sanità costituisce una barriera fondamentale da superare per il raggiungimento degli obiettivi di **sviluppo sostenibile (SDG)**, intendono impegnarsi per lavorare insieme e sostenere gli Stati membri nell'adozione di **azioni multisettoriali** coordinate ad eliminare la discriminazione in ambito sanitario.

La promozione dell'equità in ambito sanitario è rivolta sia agli utenti dei servizi sanitari che agli **operatori sanitari**. Nel primo caso è necessario, per esempio, che l'accesso ai servizi sanitari sia **disponibile a tutti** i cittadini in uguale misura, **indipendentemente** dal genere di appartenenza, e la **qualità dei servizi** sanitari erogati sia il più possibile uniforme per tutti i cittadini. Nel secondo caso è necessario che non ci sia, tra gli operatori sanitari, distinzione di genere, violenza, divari salariali, **salari** irregolari, disoccupazione e ostacoli a raggiungere le posizioni di leadership e quelle decisionali.

Punto di **trattamento** che risponde al principio, posto al più alto livello dell'ordinamento giuridico, affermato dall'articolo 3 della Costituzione italiana, nei suoi aspetti di uguaglianza formale e sostanziale.

Da ultimo, il Rapporto Osservasalute anno 2018 ha svolto un focus sulle disuguaglianze sanitarie relative all'anno 2017 evidenziando che in Italia la **salute** non è "uguale" per tutti e che può essere influenzata da altri aspetti quali, ad esempio, il grado di istruzione, il luogo di residenza, le **diverse** condizioni sociali ed economiche di vita.

Area prioritaria di intervento

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

- Ridurre le barriere per gli operatori sanitari:
 - garantire il rispetto dei diritti del lavoro, in particolare quelli relativi alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro e al **contrasto delle discriminazioni e della violenza**,
 - sostenere gli operatori **sanitari** nelle loro responsabilità legali ed etiche, anche per quanto riguarda la promozione dei diritti umani.
- Ridurre le barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie: le difficoltà relative agli aspetti organizzativi, alle barriere architettoniche, ecc.
- Potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e **valutazione della discriminazione** in ambito sanitario.



- Garantire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie.
- Migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili (persone che vivono in zone degradate o in ristrettezze economiche, i disoccupati o le persone in situazioni di lavoro nero, le persone senza fissa dimora, i disabili, le persone con malattie croniche o mentali, gli anziani con pensioni basse e le famiglie monoparentali).
- Favorire eventi formativi per il personale sanitario sui loro diritti, i ruoli e le responsabilità per promuovere l'equità in ambito sanitario.

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

3. Linea progettuale:

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

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

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

Premessa

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



- L'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti n. 239/CSR del 16 dicembre 2010) ha approvato le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore.
- La Conferenza Stato Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012, ai sensi della Legge 38/2010 art. 5, ha sancito un'Intesa (Rep. Atti n. 151/CSR) che, in maniera univoca ed omogenea su tutto il territorio nazionale, ha definito i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'**accreditamento** delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.
- L'Accordo Stato Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano (Rep. Atti n. 87/CSR del 10 luglio 2014), ai sensi della Legge 38/2010 articolo 5 comma 2, ha individuato le figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, nonché le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali e assistenziali coinvolte nelle reti delle cure palliative e della terapia del dolore.

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

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

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

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

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

Area prioritaria di intervento

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

- Istituire a livello regionale una struttura organizzativa con funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività della rete. Tale ruolo permetterà, alla struttura organizzativa, di interfacciarsi con le Aziende ed i professionisti della rete della terapia del dolore e con la rete delle cure palliative al fine di garantire la piena applicabilità e fruibilità della normativa vigente. Inoltre, proprio per le attività che svolge, la struttura potrà **individuare le best practices** sviluppate in alcuni ambiti e divulgarle in altri contesti similari. **Pertanto, la**



struttura organizzativa dovrà essere supportata da un sistema informativo che si integri con quello regionale.

- Attivare tutti i nodi della rete sia a livello territoriale che ospedaliero: garantendo la realizzazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi e predisponendo procedure **clinico-assistenziali** e **organizzativo-gestionali** della rete uniformi a livello territoriale e, possibilmente, nazionale. Fondamentale è la realizzazione di un sistema informativo, uniforme a livello **regionale/nazionale**, che permetta la comunicazione e la tracciabilità dei **dati** in tutti i nodi della rete. Inoltre, la telemedicina può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e consentire la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre a permettere il costante monitoraggio dei parametri vitali.
- Tutelare il cittadino nell'accesso alla terapia del dolore. È necessario fornire delle risposte integrate territorio-ospedale ai bisogni dei pazienti.
- Garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi setting assistenziali. Tale finalità potrà essere raggiunta mediante il supporto dei sistemi informativi che **consentono** la condivisione dei flussi informativi tra professionisti, soprattutto tra quelli ospedalieri e quelli che operano sul territorio, e della telemedicina che permette di attivare il telemonitoraggio e la teleassistenza.
- Definire équipe multi professionali dedicate:
 - Specialisti in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia.
 - Medici di medicina Generale.
 - Infermieri, fisioterapisti e dietisti.
 - Assistenti sociale e operatori socio-sanitario.
- Sviluppare la crescita culturale e la sensibilità dei professionisti della salute sul tema dando priorità alle conseguenze sul dolore nella formazione dei professionisti sanitari ed attivando corsi di formazione continua per gli operatori sanitari.
- Incrementare, laddove fosse possibile, gli investimenti nella ricerca scientifica sul dolore.
- Salvaguardare la dignità e l'autonomia della persona assistita nella gestione del dolore e dei sintomi correlati fornendo, anche, le informazioni relative alla diagnosi, ai trattamenti, alle terapie alternative e alla prognosi.
- Prevedere programmi di informazione alla popolazione, anche in accordo e con il contributo delle associazioni non-profit operanti nel settore.

Le Regioni potranno individuare degli **indicatori numerici di monitoraggio**, aventi per esempio come numeratore: numero dei pazienti in carico alla rete di terapia del dolore, numero di interventi di terapia del dolore eseguiti in regime di ricovero ospedaliero, numero dei pazienti assistiti in ambito territoriale, tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali di terapia del dolore, consumo farmaci analgesici: consumo di farmaci oppioidi, consumo di analgesici non oppioidi, presenza di valutazione e rivalutazione del dolore nella documentazione sanitaria, numero di medici di medicina generale coinvolti nella rete, numero di specialisti coinvolti nella rete, numero degli eventi di formazione agli operatori sanitari e numero di eventi informativi rivolti alla popolazione. Il denominatore dell'indicatore potrà essere individuato dalle Regioni secondo la finalità delle rilevazioni che intendono effettuare.

2. Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica

Premessa

La gestione delle cure palliative e della **terapia del dolore** rivolte al neonato, bambino ed adolescente esige particolare attenzione in **relazione alla variabilità e alla frammentazione delle patologie** in causa, spesso rare e richiedenti **interventi di alta specializzazione**, nonché per la durata



temporale delle cure, spesso assai lunga e non prevedibile. Inoltre, per il malato pediatrico, essendo già presente su tutto il territorio nazionale una rete di risorse professionali (pediatria di base, pediatri ospedalieri altamente specializzati) e strutturali (reparti/ospedali pediatrici di riferimento), che rispondono ai bisogni assistenziali di alta complessità relativi all'analgesia e alle cure palliative pediatriche, è necessario sviluppare una governance integrata di sistema a livello nazionale. Pertanto, in area pediatrica, lo sviluppo di reti delle cure palliative e della terapia del dolore ha una rilevante valenza non solo all'interno di ogni singola Regione, ma prevalentemente a livello nazionale.

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

Aree prioritarie di intervento

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

- Assicurare il controllo del dolore e le cure palliative pediatriche quale diritto alla salute per qualunque patologia, per tutte le fasce dell'età pediatrica ed in ogni luogo di cura, mediante la realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici, riabilitativi e di supporto.
- Disporre di almeno un centro specialistico di riferimento regionale o sovraregionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Tale centro rappresenta il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della rete regionale e si avvale del sistema informativo regionale.
- Avere la possibilità di fornire risposte residenziali (es. hospice pediatrico), alternative all'ospedale per acuti, dove, in caso di necessità **diagnostica/terapeutica**, il minore e la famiglia possano essere accolti per garantire la continuità di cura.
- Possedere strutture/servizi/competenze di terapia del dolore e cure palliative rivolte al **paziente pediatrico. I due livelli di intervento, strettamente integrati tra loro, sono:**
 - Gestione specialistica, eseguita dalle equipe/centro multispecialistico di riferimento.
 - Gestione generale, eseguita dal personale medico e infermieristico dei reparti di pediatria/strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta/MMG, adeguatamente preparati e supportati dal personale del centro di riferimento**I due livelli condividono, in particolare, le procedure clinico-diagnostiche e gli strumenti della telemedicina (teleconsulto, ecc.).**
- Identificare il raccordo con i servizi socio-educativi al fine di permettere al minore un recupero/mantenimento delle relazioni sociali e scolastiche fondamentali per la qualità della vita e per la crescita.
- Garantire la risposta ai bisogni educativi e sociali essenziali del minore al fine di salvaguardare la qualità della sua vita e la possibilità di crescita, nonché dei bisogni spirituali.
- Organizzare una rete che integri i diversi ambiti assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, ecc.) al fine di garantire la continuità delle cure mediante: la reperibilità continuativa di un operatore sanitario, l'unicità di riferimento in caso di passaggio del regime **assistenziale**, la



- condivisione continua del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza del caso **indipendentemente** dalla sede di gestione.
- Disporre, nell'equipe dedicate al paziente pediatrico, di figure **multiprofessionali** con competenze diverse in grado di rispondere ai molteplici bisogni che il dolore e la malattia possono determinare.
 - Programmare piani di formazione di base continua sul dolore e sulle cure palliative pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio, nonché di formazione specialistica sul caso, rivolta ai professionisti coinvolti nella presa in carico della qualità della vita del minore e della sua famiglia.
 - Utilizzare strumenti utili al monitoraggio della qualità della vita del paziente e della sua famiglia.
 - Garantire l'informazione continua alla famiglia sulla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.
 - Supportare la famiglia sia a livello clinico e organizzativo che psicologico e spirituale. Inoltre deve essere garantito il supporto al lutto non solo ai genitori, ma anche agli eventuali fratelli, agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto.
 - Predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del **trattamento** del burn-out per gli operatori che lavorano nella rete.
 - Stabilire procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si potrebbero verificare, anche per eventuali segnalazioni al comitato etico aziendale di riferimento.
 - Sviluppare programmi di informazione specifici e mirati sulla rete.
 - Valutare, con regolarità, la qualità percepita dal minore (se possibile) e dei familiari sulle cure prestate.

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

Per la realizzazione di questa linea progettuale è presente un vincolo di 100 milioni di euro, ai sensi dell'art. 12, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38, da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo.

4. Linea progettuale:

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

L'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni ed integrazioni.

L'articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali



dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori.

Il vigente Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 intende promuovere la prevenzione all'interno del sistema sanitario attraverso l'individuazione di "azioni centrali" che facilitano la trasversalità degli interventi, tra i diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative, e che hanno la finalità di migliorare la capacità del sistema sanitario nell'erogare e promuovere gli interventi di prevenzione.

- Obiettivo prioritario: "Piano nazionale della prevenzione"
- Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano nazionale della prevenzione"

Obiettivo prioritario: "Piano nazionale della prevenzione"

Per tale obiettivo prioritario, non si dettaglia il contenuto in quanto si fa riferimento agli obiettivi e ai programmi individuati dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 e alle relative modalità di attuazione e di monitoraggio (Accordo Stato-Regioni 25.3.2015 "Piano nazionale della prevenzione 2014-2018- documento di valutazione").

A tal fine le Regioni devono presentare lo stato di avanzamento del proprio Piano regionale della prevenzione 2014-2018, secondo quanto previsto dal citato Accordo Stato-Regioni 25.3.2015 "Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 - documento di valutazione".

Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano nazionale della prevenzione"

Il Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018 si inserisce in un processo già consolidato di definizione degli aspetti operativi connessi alla funzione di "supporto" al Piano medesimo, sia dal punto di vista del livello centrale di governo sia da quello delle Regioni. Elementi alla base di questa funzione di supporto sono:

- la riflessione sistematica sul modello di governance più appropriato, sulla base dell'assetto istituzionale conseguente alla riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione, per il conseguimento degli obiettivi di salute a favore della popolazione italiana;
- le indicazioni, ampiamente riprese dal PNP 2014-18 (così come anche dai precedenti) a svolgere questa azione di supporto relativamente:
 - al mettere a fianco delle Regioni le migliori competenze scientifiche, unitamente a competenze di progettazione e supporto alla programmazione;
 - al promuovere l'approfondimento e la diffusione della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP), con lo sforzo di attingere dalle conoscenze di evidence based prevention per un concreto utilizzo nei piani operativi regionali;
 - alla definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati (mediante il sostegno e il coordinamento dei Registri Tumori);
 - alla valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (per esempio negli screening) come strumento per la riprogrammazione.

In tale quadro sono state identificate le seguenti necessità:

- promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le Regioni e il Ministero. I network di centri regionali ormai consolidati come elementi



essenziali della governance (secondo il modello, adottato dall'Italia, della *stewardship*) individuati dal citato articolo 17 del Patto per la salute 2014-2016 sono:

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

Gli obiettivi generali della linea progettuale consistono nel supportare l'attuazione del PNP mediante il sostegno al funzionamento dei tre network. Il rafforzamento operativo dei network va quindi inteso come fattore determinante del supporto al PNP, per le tematiche di rispettiva competenza.

Complessivamente, per la realizzazione di questa linea progettuale (PNP e supporto al PNP-Network) è presente un vincolo di 240 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo.

Nell'ambito del suddetto vincolo di 240 milioni di euro, per il PNP le Regioni devono presentare lo stato di avanzamento del proprio Piano regionale della prevenzione 2014-2018, secondo quanto previsto dal citato Accordo Stato-Regioni 25.3.2015 "Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 - documento di valutazione".

Per le iniziative di collaborazione con l'Osservatorio nazionale screening (ONS), con l'Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM) e con il Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEPB), ai fini dello svolgimento delle attività inerenti l'obiettivo prioritario "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione", le Regioni dovranno adottare un progetto regionale, cui è destinato il 5 per mille delle risorse vincolate assegnate al PNP, i cui obiettivi ed azioni specifici da implementare sono dettagliate in sede di Coordinamento interregionale della Prevenzione della Conferenza Stato-Regioni, in raccordo con la Direzione competente del Ministero, entro 30 giorni dalla definizione del presente Accordo.

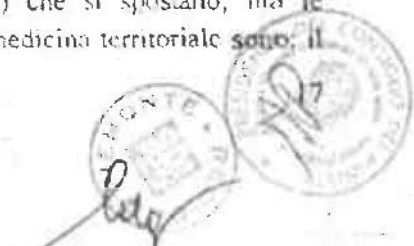
5. Linea progettuale:

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Premessa

Negli ultimi anni l'utilizzo delle tecnologie sanitarie si è sviluppato prevalentemente a livello ospedaliero, ma l'estensione del loro impiego a livello territoriale, potrebbe rivelarsi altrettanto utile e fondamentale per garantire la continuità delle cure. La promozione della sanità digitale, favorirebbe, in particolare, il processo di continuità ospedale-territorio con conseguente ottimizzazione della gestione delle patologie croniche e diminuzione dei ricoveri ospedalieri dovuti alle riacutizzazioni delle malattie.

La Telemedicina è uno strumento che può essere utilizzato per implementare e rendere più efficiente la tradizionale attività sanitaria in quanto permette di collegare virtualmente setting assistenziali distanti tra loro. Inoltre, proprio perché questa tecnologia può essere utilizzata dal personale medico, paramedico, amministrativo e tecnico dell'area sanitaria e dai pazienti e familiari, permette anche di superare le naturali barriere fisiche tra i fornitori della prestazione e riceventi. Non sono più le persone (operatori sanitari o pazienti) che si spostano, ma le informazioni. I principali servizi di telemedicina utili soprattutto alla medicina territoriale sono: il



teleconsulto (indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente, applicazioni tipiche sono quelle di teleradiologia/telerefertazione, ad esempio in ambito radiologico o cardiologico), la telesalute (servizi finalizzati al monitoraggio **remoto** dei pazienti, in particolar modo quelli cronici, nelle loro case per anticipare precoci peggioramenti dello stato di salute e aiutare a costruire le loro competenze di auto-cura) e la teleassistenza (servizi che usano tecnologie a casa del cittadino per consentire una minimizzazione dei rischi associati a particolari patologie e fornire una tempestiva notifica di eventi avversi al personale sanitario preposto alla cura del paziente stesso). Inoltre, molteplici sono gli strumenti che possono **essere** utilizzati come per esempio le applicazioni (Apps) che aiutano le persone all'autogestione e all'autoassistenza.

La telemedicina è principalmente uno strumento di diagnosi che permette di individuare la terapia più appropriata in quanto, consentendo il collegamento **tra** reparti ospedalieri, tra ospedali e presidi territoriali, **tra** presidi territoriali o **tra** strutture diverse, permette ad un medico, con la trasmissione dei referti/immagini, di avere una "second-opinion" da un collega di una **struttura** specialistica o di eccellenza, oppure consente di avere un consulto "real-time" **tra** diversi specialisti. L'utilizzo delle tecnologie sanitarie nei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero, territoriale, domiciliare e di emergenza) permette di migliorare la qualità della vita dei pazienti, di **facilitare** la qualità del lavoro degli operatori sanitari e di evitare i costi per ricoveri o prestazioni inappropriate.

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ALLEGATO B

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2019

Previsione delle spese vincolate agli obiettivi di rilievo nazionale per l'anno 2019
(art.1, comma 34) (importo in euro per le regioni)

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riferita al 31/12/2018	Popolazione di riferimento	Somma di possibile	Componente parte ex-Nelita	Rapporto Componente parte ex-Nelita	Somma di possibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore, Sviluppo della assistenza domiciliare palliativa specialistica	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	di cui: Spese milite per i progetti supportati PNPrevenzione
PIEMONTE	4.325.061	4.177.565	82.747.490	-	0,022 453	82.747.490	8.127.475	19.505.935	92.532
SARDEGNA	126.202	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.033.254	10.033.254	120.033.254	-	1,223 651	201.504.409	18.540.211	44.717.836	223.689
VALLE D'AOSTA	327.750	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTINO	319.895	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETIA	4.633.037	4.605.022	52.833.251	-	4,526 622	98.141.832	9.110.126	21.664.282	109.324
EMILIA	3.351.518	-	-	-	-	-	-	-	-
LAZIO	3.556.341	3.556.341	25.708.549	-	1,431 293	31.229.482	2.891.645	6.940.427	34.262
FRANCIA	4.432.629	4.432.629	85.216.549	-	4,093 032	89.309.566	8.170.020	19.836.120	92.243
TOSCANA	3.734.648	3.734.648	71.435.855	-	1,435 156	74.951.042	6.940.824	16.652.971	63.290
CAMPANIA	784.640	884.640	16.920.663	-	8,13 252	17.743.854	1.643.028	3.943.387	19.717
MARCHE	1.311.233	1.311.233	25.315.423	-	1,408 042	30.723.468	2.844.988	6.822.972	34.140
ABRUZZO	1.056.692	1.056.692	112.451.234	-	5,420 453	113.274.131	10.952.169	26.285.206	131.426
APULIA	3.311.196	3.311.196	21.120.812	-	1,206 926	26.379.827	2.442.747	5.862.642	19.413
MOLISE	398.421	398.421	1.004.082	-	2,51 578	1.087.665	1.071.022	1.125.144	6.826
CAMPANIA	3.476.860	3.476.860	111.313.241	-	5,356 242	114.871.501	10.823.465	24.923.912	129.820
PUGLIA	4.048.342	4.048.342	25.427.492	-	1,721 250	27.148.742	2.518.966	18.645.522	92.228
BASILICATA	367.114	367.114	10.632.276	-	5,21 315	11.375.092	1.051.331	2.522.996	12.640
CALABRIA	1.290.581	1.290.581	10.448.014	-	1,798 652	12.146.671	1.534.215	8.222.264	43.611
SICILIA	5.026.392	5.026.392	76.268.926	47.248.204	-	48.960.722	4.533.754	10.881.010	54.405
SARDEGNA	1.041.176	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	30.441.491	30.441.491	1.073.953.622	47.248.204	-	1.079.415.622	100.000.000	240.000.000	1.200.000

Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come deduzione della regione ex comma 930 della L.149/2006 (09,11%) sulla somma disponibile

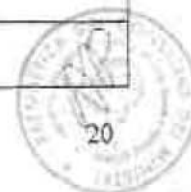
ALLEGATO B

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

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	
		Cognome Nome Responsabile
		Ruolo e qualifica
		Recapiti telefonici
		e-mail

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

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
	Tipologia di costi	Importo in euro	Note
4	<input type="checkbox"/> Costi per la formazione		
	<input type="checkbox"/> Costi gestione progetto		
	<input type="checkbox"/> Costi		
	<input type="checkbox"/> Costi		

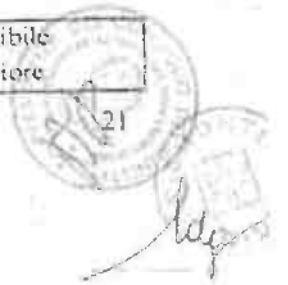


RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO			
5	RISORSE NECESSARIE	N. RISORSE	NOTE
c	Disponibili		
c	Da acquisire		

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

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



			proseguimento per anno successivo

8	OBIETTIVO GENERALE	
9	OBIETTIVI SPECIFICI	1°. Obiettivo 2°. Obiettivo 3°. Obiettivo 4°. Obiettivo

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



11	PUNTI DI FORZA	
	Indicare i punti di forza	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione

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

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

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



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



Allegato 3 - Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2019

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

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Sviluppo dei modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale
---------------------------------------	--

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

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

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

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

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 D.G.R. 31-877 del 23/12/2019	55.487.900,00
Eventuali Risorse Regionali	NO	quota di riparto delle AASSRR

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		i costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 31-877 del 23/12/2019 (Tabella D/1).
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili		
Da acquisire		

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc	<p>La popolazione totale residente in Piemonte, al 31/12/2016, ammonta a 4.392.526 abitanti, di cui 2.129.403 uomini (48,5% del totale) e 2.263.123 donne (51,5%), in lieve aumento rispetto al 2007 in cui la popolazione totale era di 4.332.069 abitanti, 2.093.429 maschi (48,3%) e 2.238.640 femmine (51,7%) (http://www.ruparpiemonte.it/infostat).</p> <p>L'indice di vecchiaia (ossia il rapporto tra la popolazione con oltre 64 anni e quella con meno di 15), è in Piemonte nel 2016 pari a 195,6 (Italia: 163,4) (HFA, dicembre 2017).</p> <p>L'indice di dipendenza, che stima la capacità delle fasce di età economicamente attive (15-64 anni) a mantenere le età inattive (0-14 anni e 65 anni), è peggiorato (60,4 nel 2016 rispetto a 54,4 nel 2007), con aumento della popolazione inattiva e quindi del carico sociale.</p> <p>Alla luce di quanto sopra si rende necessario sviluppare ulteriormente il modello di riferimento nella Regione Piemonte, con azioni specifiche di progettazione attraverso il piani della cronicità e con azioni realizzative (Case della Salute, continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, riabilitazione domiciliare, ecc.).</p>
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01.01.2019	31.12.2019	si

OBIETTIVO GENERALE	Sviluppare il piano della cronicità nelle Aziende Sanitarie, ai fini della presa in carico omogenea sul territorio regionale
---------------------------	--

OBIETTIVI SPECIFICI	Consolidare lo sviluppo delle Case della Salute
	Rafforzare il sistema di continuità assistenziale
	Consolidare l'attività di riabilitazione domiciliare

RISULTATI ATTESI	
A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Adeguatezza della presa in carico del paziente; spostamento del baricentro delle cure verso l'assistenza territoriale; miglioramento degli esiti in termini di salute.
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Sistema di cure orientato all'applicazione del chronic care model

PUNTI DI FORZA	
Indicare punti di forza	Indicare le strategie / azioni per l'implementazione
Approccio attraverso un sistema di coinvolgimento dei professionisti	Attivazione di dialogo costante tra Regione, Aziende Sanitarie e professionisti

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare punti di debolezza	Indicare le strategie / azioni per la riduzione
Carenza di sistemi di valutazione per le attività territoriali	Attivazione di un sistema informativo adeguato

DIAGRAMMA DI GANT	Mesi											
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Piani aziendali cronicità	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Case della salute	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Continuità assistenziale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Riabilitazione domiciliare	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

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

Piani aziendali cronicità	Redazione Piani aziendali cronicità	Sono in fase di sviluppo ed implementazione i Piani Aziendali Cronicità. I Piani sono presentati all'Assessorato per l'approvazione e viene sviluppato progressivamente il percorso di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche	Numero di piani aziendali cronicità; numero di pazienti presi in carico nel piano locale cronicità
Case della salute	Implementazione modello di riferimento	Sono sviluppate progressivamente le attività di analisi della situazione esistente, di individuazione dei principali punti critici e di adeguamento della Case della Salute esistenti	Numero di case della salute coerenti con il modello delineato; numero di pazienti gestiti nel circuito delle Case della Salute
Continuità assistenziale	Implementazione modello di riferimento	Sono sviluppate progressivamente le attività di analisi della situazione esistente, di definizione dei punti critici e di adeguamento per l'ottimizzazione della continuità assistenziale, con particolare riferimento alle azioni dei NOCC e NDCC	Numero di modelli organizzativi aziendali coerenti con il modello delineato; numero di pazienti gestiti con azione NOCC e NDCC
Riabilitazione domiciliare	Implementazione modello di riferimento	Sono indicate le linee di indirizzo per l'attività di riabilitazione domiciliare, sono definiti i punti critici e sono sviluppate progressivamente le attività di adeguamento al modello delineato	Presenza di atto di programmazione; numero di pazienti gestiti in riabilitazione domiciliare
TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito			
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito		
Il progetto può essere implementato in ogni Azienda Sanitaria del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni	Ogni parte del progetto può essere trasferita nelle Aziende Sanitarie del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni		

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2019

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

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Promozione di rete nazionale per i tumori rari
---------------------------------------	--

AREA DI INTERVENTO	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino Azienda Sanitaria Locale TO5 Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi di Orbassano Azienda Ospedaliera SS Antonio e Biagio e C. Arrigo Azienda Ospedaliero Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino
---------------------------	---

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

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

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 D.G.R. 31-877 del 23/12/2019	1.057.830,00
Eventuali Risorse Regionali	NO	quota di riparto delle AASSRR

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione Costi gestione progetto Costi Costi	I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 31-877 del 23/12/2019 (Tabella D/1).	

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

<p>ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc</p>	<p>Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale del Piemonte e della Valle d'Aosta Rete di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica del Piemonte e della Valle d'Aosta</p> <p>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 sovra 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 fa 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.</p>
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01.01.2019	31.12.2019	il progetto ha durata continua

OBIETTIVO GENERALE	Promozione Rete per i tumori rari
--------------------	-----------------------------------

OBIETTIVI SPECIFICI	<p>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 SNC L'iniziativa si sviluppa attraverso un corso online attraverso la metodologia di lezione esplicativa e successivo questionario basato sulla metodologia FAD con domande e risposte. 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.</p>
	<p>Obiettivo quantitativo 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) 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. 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 del numero dei casi e delle sedi dove avviene la diagnosi. Il potenziamento del portale regionale relativo agli studi sui TR già disponibile</p>

RISULTATI ATTESI	
------------------	--

<p>A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto</p>	<p>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).</p>
--	--

<p>A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto</p>	<p>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.</p>
---	---

PUNTI DI FORZA

Indicare punti di forza	Indicare le strategie / azioni per l'implementazione
Approccio attraverso un sistema di coinvolgimento dei professionisti	Attivazione di dialogo costante tra Regione, Aziende Sanitarie e professionisti

PUNTI DI DEBOLEZZA

Indicare punti di debolezza	Indicare le strategie / azioni per la riduzione
Carenza di sistemi di valutazione per le attività territoriali	Alimentazione della documentazione clinica nel FSE

DIAGRAMMA DI GANT

	Mesi											
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
NO												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO

Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Il progetto ha durata continua, da nove anni a questa parte. Le fasi e le azioni sono dettagliate dalle singole aziende			

TRASFERIBILITA'

Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito
Azienda Sanitaria Ospedaliera	Ogni parte del progetto può essere trasferita nelle altre Regioni

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2019

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

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative
---------------------------------------	--

AREA DI INTERVENTO	Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino
---------------------------	--

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

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 D.G.R. 31-877 del 23/12/2019	3.320.715,00
Eventuali Risorse Regionali	NO	quota di riparto delle AASSRR

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 31-877 del 23/12/2019 (Tabella D/1).
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili		
Da acquisire		

<p>ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc</p>	<p>Si offre 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. Prosegue l'attività del gruppo di studio regionale, in cui sono rappresentate le diverse componenti sanitarie coinvolte: ginecologi, endocrinologi, oncologi, biologi della riproduzione, epidemiologi, psicologi e centro regionale trapianti. Tale gruppo ha il compito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - definire le patologie che danno origine al percorso di conservazione del tessuto gonadico o delle cellule germinali - definire sul territorio regionale l'epidemiologia di tali patologie; - indicare il percorso di presa in carico della paziente; - definire la rete dei centri che possono intercettare e a cui riferire sul territorio regionali le pazienti con tali patologie; - 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 - individuare le strutture di raccolta e conservazione del tessuto ovarico o di cellule germinali, indicando gli standard che occorre siano garantiti - programmare l'accreditamento e certificazione di qualità della biobanca - avviare un percorso di formazione per gli operatori della sanità coinvolti <p>L'operatività della Biobanca si inquadra nei percorsi del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, ai fini della presa in carico globale e continua delle bambine e delle giovani donne affette da qualsivoglia neoplasia.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01.01.2019	31.12.2019	il progetto ha durata continua

OBIETTIVO GENERALE	Tutela della salute delle donne
---------------------------	---------------------------------

OBIETTIVI SPECIFICI	<p>Obiettivo qualitativo 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</p> <p>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</p>
	<p>Obiettivo quantitativo Si intende avviare la procedura di conservazione di tessuto gonadico e cellule germinali per tutte le pazienti che ne abbiano indicazione</p>

RISULTATI ATTESI

A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Presenza in carico globale e continua delle bambine e delle giovani donne affette da qualsivoglia neoplasia.
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Analisi epidemiologica

PUNTI DI FORZA

Indicare punti di forza	Indicare le strategie / azioni per l'implementazione
Approccio attraverso un sistema di coinvolgimento dei professionisti	Attivazione di dialogo costante tra Regione, Aziende Sanitarie e professionisti

PUNTI DI DEBOLEZZA

Indicare punti di debolezza	Indicare le strategie / azioni per la riduzione
Carenza di sistemi di valutazione per le attività territoriali	Manutenzione di un sistema informativo adeguato

--	--

DIAGRAMMA DI GANT

Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
NO												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO

Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
<p>Il progetto ha durata continua, da nove anni a questa parte. Le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico: D.G.R. n. 51-2485 del 23/11/2015 D.G.R. n. 17-3501 del 20/06/2016</p>			

TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito	
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito
Azienda Sanitaria Ospedaliera	Ogni parte del progetto può essere trasferita nelle altre Regioni

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2019

LINEA PROGETTUALE	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Sviluppo delle azioni di umanizzazione, con particolare riferimento all'empowerment dei pazienti	
AREA DI INTERVENTO	Garantire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie. Migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili, con particolare riguardo alle persone con malattie croniche	
REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	Ripa Franco
	Ruolo e qualifica	Dirigente Responsabile Settore Programmazione di Servizi Sanitari e Socio-Sanitari
	Recapiti telefonici	011. 4321529
	E-mail	programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it
RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 D.G.R. 31-877 del 23/12/2019	270.000,00
Eventuali Risorse Regionali	NO	quota di riparto delle AASSRR
ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione	i costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 31-877 del 23/12/2019 (Tabella D/1).	
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		

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

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc	<p>La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment ed in coerenza con gli atti di programmazione socio-sanitaria regionali – si è fatta promotrice con le ASR del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva. Il programma, cui hanno partecipato tutte le ASR, ha consentito la realizzazione della valutazione (secondo lo strumento predisposto da AGENAS e CittadinanzAttiva e secondo i principi dell'empowerment – ovvero attraverso equipe territoriali miste cittadini-operatori sanitari) su tutti i presidi sanitari pubblici regionali con oltre 120 p.l.</p> <p>Alla valutazione è seguita la fase della predisposizione del "Piano di miglioramento" da parte di ciascuna ASR con predefinizione, da parte della Regione, di apposito format per la rilevazione ed il successivo monitoraggio delle azioni correttive implementate rispetto alle criticità emerse in sede di valutazione partecipata. La Regione Piemonte, attraverso la costituzione di un'apposita Cabina di monitoraggio regionale, provvede al monitoraggio delle azioni di miglioramento implementate a livello aziendale.</p> <p>A partire dal 2015, le successive fasi di valutazione partecipata, rilevazione delle criticità, implementazione ed attuazione delle azioni di miglioramento, sono state fatte oggetto di specifici obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle ASR.</p> <p>Nel corso del 2019, sempre allo scopo di aumentare la consapevolezza e la partecipazione dei cittadini nella definizione dei percorsi di cura, sono stati ulteriormente implementati, a livello regionale, gli item attraverso ai quali misurare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie. In particolare si è ritenuto di estendere la rilevazione ai modelli di presa in carico multidisciplinare dei pazienti realizzati attraverso una collaborazione tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei familiari. Il monitoraggio, in particolare, si concentra sui percorsi di continuità ospedale-territorio ed emergenza P.S. e mira a rilevare la diffusione di pratiche e strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.</p> <p>Alla luce di quanto sopra si rende necessario sviluppare ulteriormente il modello di riferimento nella Regione Piemonte.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01.01.2019	31.12.2019	si
OBIETTIVO GENERALE	Incrementare la presa di consapevolezza dei pazienti nei confronti delle cure		

OBIETTIVI SPECIFICI	Aggiornare i Piani di miglioramento aziendali rispetto alle nuove azioni da implementare
	Definire il piano delle azioni correttive di rilevanza aziendale
	Implementare le azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nell'ambito dei percorsi oggetto di osservazione
	Migliorare gli esiti dei percorsi assistenziali

RISULTATI ATTESI	
A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Umanizzazione delle cure; empowerment del paziente/famigliari; informazione del paziente/famigliari; definire pratiche/strumenti per la valutazione "precoce" del paziente
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Migliorare la qualità delle cure attraverso la definizione di nuovi modelli di presa in carico con la collaborazione del malato e dei famigliari, oltre che degli operatori sanitari

PUNTI DI FORZA	
Indicare punti di forza	Definire, con il contributo di operatori sanitari e malati/famigliari, pratiche e strumenti per la valutazione "precoce" del paziente che garantiscano il buon esito del percorso assistenziale
Partecipazione dei cittadini ai processi di cura	Coinvolgimento dei cittadini nelle diverse fasi di erogazione dell'assistenza

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare punti di debolezza	Esigenza di definire una rete di cittadini con formazione specifica sui diversi percorsi assistenziali
Organizzazione sanitaria non sempre adeguata al coinvolgimento dei pazienti	Confronto costante tra istituzioni sanitarie e associazioni dei pazienti

DIAGRAMMA DI GANT												
	Mesi											
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Piani	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Punti critici							x	x	x	x	x	x
Azioni di miglioramento							x	x	x	x	x	x
Implementazione							x	x	x	x	x	x

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Piani	Aggiornamento piani di miglioramento, tenuto conto delle nuove azioni assegnate	I piani aziendali vengono aggiornati con le azioni di miglioramento sulle criticità rilevate nei percorsi oggetto di monitoraggio	Presenza di documento di aggiornamento
Punti critici	Individuazione punti critici	Vengono individuati i punti critici	Presenza di documento di aggiornamento
Azioni di miglioramento	Definizione delle azioni di miglioramento	Sulla base delle criticità definite, sono individuate le azioni correttive	Presenza di piano di miglioramento

Implementazione	Messa in atto delle azioni di miglioramento	Viene messo in atto il piano di miglioramento	Presenza di report aziendale sui risultati ottenuti

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

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2019

LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE	
AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale	
REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Franco Ripa
	Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari
	Recapiti telefonici	011. 4321529
	E-mail	programmazione.sanitaria@regione.piemonte.it programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it
RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 D.G.R. 31-877 del 23/12/2019
	Eventuali Risorse Regionali	NO
		Importo
		4.063.738,50
		quota di riparto delle AASSRR
ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro
	Costi per la la formazione	
	Costi gestione progetto	
	Costi	
	Costi	
	I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 31-877 del 23/12/2019 (Tabella D/1).	
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	RISORSE NECESSARIE	N Risorse
	Disponibili	personale delle AASSRR
	Da acquisire	dipende dalle dotazioni già in assegnazione alle singole aziende

**ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO
DI RIFERIMENTO**

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

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

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

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

Infatti, la legge del 26/02/1999, n. 39 è stata il primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20/01/ 2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative". Le indicazioni fornite dal citato decreto hanno riguardato i requisiti minimi strutturali (localizzazione, dimensioni generali, tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali); i requisiti minimi tecnologici (requisiti minimi impiantistici, fattori di sicurezza e prevenzione infortuni, dotazioni tecnologiche) ed infine i requisiti minimi organizzativi. Il documento ha reso possibile una definizione più appropriata delle strutture dedicate all' assistenza ai malati, pur rimanendo evidenti alcune criticità, quali la possibilità di assicurare una pari qualità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale.

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

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

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

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

La necessità di colmare eventuali lacune ha richiesto una puntuale definizione di elementi distintivi strutturali quantitativi e qualitativi che potessero, senza ambiguità, individuare le caratteristiche indispensabili affinché una struttura possa essere considerata a pieno titolo idonea. La definizione di criteri imprescindibili appare condizione necessaria per un reale sviluppo della rete assistenziale, sia nelle cure palliative, sia nella terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, pur non escludendo il diritto di ogni malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni 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 27/06/2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 113 del 20/03/2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri). In ottemperanza a quanto previsto dalla L. 38/2010 e tenuto conto di quanto sopra esposto, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha approvato, nella seduta del 25/07/2012, l'"Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5/06/2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/ 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".

In dettaglio, nell'Intesa in parola si legge che "[...] Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa esigenza è stato necessario costituire due reti nazionali specifiche così come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010 " [...] volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...] L'ambito di riferimento delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica necessita di strutture e percorsi specifici così come stabilito

dalla legge 38/2010 che tiene conto dell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sottoscritto in data 27/06/2007 e del documento tecnico approvato in data 20/03/2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La definizione della rete di assistenza della terapia del dolore nell'adulto ha richiesto un particolare impegno per la mancanza di riferimenti normativi precedenti che potessero indicare la direzione verso cui rivolgersi. La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

[...]"

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

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

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

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

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

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

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

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

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

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

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

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

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

NO

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

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

OBIETTIVI SPECIFICI	1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.
	2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in terapia del dolore su tutto il territorio regionale

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

PUNTI DI FORZA	
Indicare punti di forza	Indicare le strategie / azioni per l'implementazione
	Aderenza alle normative vigenti

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare punti di debolezza	Indicare le strategie / azioni per la riduzione
	Difficoltà ad articolare l'offerta con la concentrazione degli interventi più complessi nei soli centri Hub

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
Fase	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Azioni</td> <td>Breve descrizione dei contenuti</td> <td>Indicatori di verifica</td> </tr> </table>	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica		

Il progetto ha durata continua, da nove anni a questa parte. Le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico:

D.G.R. n. 20-13204 del 08/02/2010

D.G.R. n. 30-866 del 25/10/2010

D.G.R. n. 31-1482 del 11/02/2011

D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012

D.G.R. n. 25-6992 del 30/12/2013

D.G.R. n. 1-7041 del 27/01/2014

D.G.R. n. 14-2811 del 18/01/2016

TRASFERIBILITA'

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

Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto

Progetto o parte del progetto che può essere trasferito

Tutto il territorio regionale

Tutto il progetto

Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2019
LINEA 4 Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR n. 27-7048 del 14 giugno 2018. Piano regionale della prevenzione 2014-2018: rimodulazione per l'anno 2018 ed estensione vigenza al 31/12/2019. Modifica della DGR n. 25-1513 del 3 giugno 2015
LINEA PROGETTUALE	4
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale di prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	2019
REFERENTE	Settore Regionale A1409B – ad interim Direttore Direttore Sanità

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	19.408.405 € (quota già decurtata del 5 per mille destinato al progetto del network a supporto del PNP)
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2019	€ 19.408.405,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2019	-

IL PROGETTO

CONTESTO	L'Intesa Stato-Regioni n. 247 del 21/12/2017, che stabilisce la proroga del Piano nazionale per la prevenzione (PNP) per gli anni 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni n. 156 del 13/11/2014) e la rimodulazione dei Piani regionali della prevenzione 2014-2018, ha confermato quanto previsto dall'Accordo n. 56 del 23/03/2015 - Documento di valutazione del Piano nazionale della prevenzione, che, al punto 5, indica regole e tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione per ciascun anno di vigenza del Piano. Per il 2019, si prevede che le Regioni facciano pervenire, entro il primo trimestre 2020, la documentazione inerente lo stato di avanzamento dei Piani regionali di prevenzione (PRP) ; inoltre, la rendicontazione dovrà essere corredata dalla documentazione dei valori osservati regionali per tutti gli indicatori centrali; la valutazione ha esito positivo se almeno l'80% degli indicatori sentinella del PRP presenta uno scostamento tra valore osservato e atteso non superiore al 20%.
----------	---

DESCRIZIONE	<p>La Regione Piemonte ha approvato, con DGR n. 27-7048 del 14 giugno 2018, la rimodulazione per il 2018 e la proroga al 2019 del Piano regionale di prevenzione di cui alla DGR n. 25-1513 del 3/06/2015.</p> <p>Il provvedimento non ha modificato il quadro logico regionale, ovvero l'articolazione in programmi e relativi obiettivi specifici, tenuto conto che il quadro logico del PNP è rimasto immutato; sono state ridefinite alcune azioni, al fine di consolidarle o riorientarle se necessario, e sono stati corretti alcuni errori di formulazione degli indicatori di processo. Sono stati quindi confermati o riorientati gli obiettivi e le azioni da sviluppare nel periodo considerato (2018-2019) a livello regionale e a livello di Aziende sanitarie, in attuazione degli obiettivi stabiliti per tutte le regioni dal PNP.</p> <p>Il medesimo provvedimento conferma la modalità di attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano regionale attraverso la predisposizione, da parte delle Aziende sanitarie, dei Piani locali di prevenzione (PLP), che rappresentano obiettivo di mandato assegnato ai Direttori Generali delle ASL.</p> <p>La Determinazione dirigenziale n. 282 del 18/04/2019 approva la programmazione annuale del Piano regionale di prevenzione per il 2019; ogni programma dettaglia per ciascuna azione le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRP, distingue le attività pertinenti al livello regionale da quelle del livello locale (PLP) e richiama gli indicatori di processo del PRP, compresi gli indicatori sentinella valutati dal ministero ai fini della certificazione LEA, declinandoli per il livello locale.</p>
OBIETTIVI	<p>Il PRP 2019 mantiene l'articolazione in 10 programmi inclusivi e trasversali, i primi 4 dei quali rappresentano la declinazione in setting di "Guadagnare Salute Piemonte" - GSP:</p> <ul style="list-style-type: none"> GSP Scuole che promuovono salute; GSP Comunità e ambienti di vita GSP Comunità e ambienti di lavoro GSP Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario Screening di popolazione Lavoro e salute Ambiente e salute Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Governance, organizzazione e monitoraggio <p>Ciascun programma è corredato di obiettivi specifici e relativi indicatori e si articola in azioni, misurate da indicatori di processo. Tra questi, sono definiti alcuni "indicatori sentinella" valutati annualmente ai fini della certificazione del PRP al Tavolo adempimenti LEA.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2019
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Indicatore di processo: Presenza dei documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di prevenzione 2019 di tutte le ASL.
RISULTATI ATTESI	Attuazione, attraverso i Piani locali, degli obiettivi contenuti nel Piano regionale di prevenzione.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 e D.G.R. 31-877 del 23/12/2019

ASL 301 – CdT	3.946.324
ASL 203 – TO3	2.567.189
ASL 204 – TO4	2.279.504
ASL 205 – TO5	1.357.346
ASL 206 – VC	763.372
ASL 207 – BI	760.085
ASL 208 – NO	1.530.228
ASL 209 – VCO	752.294
ASL 210 – CN1	1.840.282
ASL 211 – CN2	751.560
ASL 212 – AT	908.050
ASL 213 – AL	1.952.171
TOTALE ASL	19.408.405

LINEA 4 Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione.

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE
SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n. 27-7048 del 14 giugno 2018.
LINEA PROGETTUALE	4
TITOLO DEL PROGETTO	Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale Prevenzione 2014 - 2018
DURATA DEL PROGETTO	2019
REFERENTE	Settore Regionale A1409B - ad interim Direttore Direttore Sanità

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Per l'anno 2019, il finanziamento previsto per tale progetto è di € 97.530 da suddividersi equamente tra i tre Network nazionali ONS, NIEBP e AIRTUM
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2019	€ 97.530,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2019	.

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Il Piano Nazionale della Prevenzione per la sua realizzazione e valutazione necessita di attività di supporto relative a programmazione e pianificazione regionale, definizione di modalità operative, monitoraggio e valutazione per i programmi di screening, identificazione di interventi preventivi efficaci, costituzione di banche dati omogenee e qualitativamente elevate utili all'epidemiologia descrittiva, clinica ed ambientale al fine di realizzare una pertinente ed efficace programmazione sanitaria.</p> <p>Sono necessari, inoltre, interventi di quality assurance, promozione della ricerca, stesura di linee guida, diffusione dei risultati, formazione e miglioramento della comunicazione. Tale attività di supporto viene assicurata da tre reti nazionali costituite nello specifico dall'Osservatorio nazionale Screening (ONS), dal Network Italiano Evidence-based prevention (NIEBP) e dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). Con l'art. 17, comma 2, del Patto per la salute 2014-2016, approvato il 10/7/2014, le Regioni e le Province autonome "convergono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 venga destinato alla linea progettuale per le attività di supporto al PNP medesimo da parte dei tre network" sopra citati.</p> <p>L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è attivo da circa 15 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'ISPO di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (art. 2 bis L. 138/2004) individuava l'ONS come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, sia del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) coordina i 49 Registri Tumori (RT) generali di popolazione e i 7 RT specializzati, accreditati in AIRTUM. I dati prodotti dai RT servono per l'epidemiologia descrittiva (costituzione di banche dati e divulgazione dati), la valutazione di impatto degli screening oncologici, la programmazione sanitaria (pianificazione di interventi), il supporto della ricerca e la valutazione del rischio. La sede legale dell'Associazione è Milano, Via Ricciarelli, 29.</p> <p>La Banca dati dei RT è collocata presso ISPO, Firenze.</p> <p>Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEBP) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Sviluppa metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione.</p> <p>Pertanto la Regione Piemonte, come concordato nell'ambito del Coordinamento interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica, contribuisce al finanziamento delle attività di supporto al PNP e ai PRP svolte dai tre network mediante assegnazione della quota annuale del 5 per mille delle risorse vincolate assegnate al PNP.</p>

<p>OBIETTIVI</p>	<p>Gli obiettivi di questa linea progettuale specifici per i tre Network sono i seguenti: Osservatorio Nazionale Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nell'anno 2019; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Regioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute. - Formazione a livello regionale e nazionale. - Attività di quality assurance. <p>Associazione Italiana Registri Tumori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estensione progressiva della copertura della registrazione regionale e nazionale dei Registri Tumori. - Accredimento dei Registri Tumori e formazione permanente. - Analisi dei dati nazionali presenti nella banca dati AIRTUM e produzione di materiale scientifico. - Produzione di materiale informativo per gli utenti e la comunità sanitaria. <p>Network per l'Evidence Based Prevention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supporto alle Regioni per la pianificazione e valutazione dei piani regionali di prevenzione e l'orientamento alla scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'uso della matrice NIEBP. - Ricerca di interventi e programmi innovativi. - Sviluppo di una rete regionale di "antenne NIEBP" e formazione e disseminazione delle evidenze.
<p>DESCRIZIONE</p>	<p>Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività.</p> <p>L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) nell'ambito delle attività di supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e di supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale, svolgerà le seguenti azioni:</p> <p>1. Realizzazione della Survey annuale per il monitoraggio dell'attività di screening oncologico (valutazione LEA). Raccolta, elaborazione e produzione della survey annuale sull'andamento dei programmi di screening, elaborazioni degli indicatori, produzione di rapporti regionali in cui i risultati dei principali indicatori. Questa attività sfrutta il network esistente di tre centri (CPO Piemonte, Direzione Prevenzione-Coordinamento Screening Regione Veneto, ISPO Toscana, per cui ognuno esegue rispettivamente le survey cervicale e quella SQTm, quella colo-rettale, e la survey per il tumore della mammella). Produzione di articoli scientifici di valutazione più approfondita dei risultati.</p> <p>2. Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening. Supporto alle Regioni che richiederanno assistenza di carattere clinico-informatico per la predisposizione all'invio e la successiva spedizione dei dati individuali al sistema. Analisi periodica tramite cruscotto NSIS dei dati inviati e trasformazione di questi negli indicatori per valutare la qualità dei programmi di screening.</p> <p>3. Attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale Per formazione intendiamo tutti i mezzi in grado di migliorare la qualità tecnico-professionale dei professionisti coinvolti nello screening, sia la qualità organizzativa/gestionale dei singoli programmi. Realizzazione, in accordo con le società scientifiche multidisciplinari, di corsi a livello nazionale, e apertura a professionisti di altre Regioni dei corsi che si tengono in una Regione per i propri operatori di screening, corsi FAD, utilizzo di piattaforme già esistenti in una data regione ecc. In particolare sarà da privilegiare la possibilità di stage formativi presso centri di eccellenza per lo screening di professionisti provenienti da altre Regioni. Sia i centri formativi che i corsi dovranno essere definiti a livello nazionale da parte dell'ONS.</p> <p>4. Attività di Quality Assurance (QA) Site-visit/audit (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale e Regionale) da parte di gruppi di professionisti individuati dall'ONS che, con metodiche standardizzate, analizzano a fondo le performance di un singolo programma aziendale/regionale ovvero di un intero sistema regionale, e successivamente in visite sul posto siano capaci di individuare le cause organizzative o tecniche professionali che le determinano. La struttura centrale di ONS si incaricherà di organizzare le singole site-visit, scegliere i professionisti, curare gli aspetti logistici. I professionisti devono ricevere un mandato formale da parte dell'ONS, riconosciuto dall'ente di appartenenza del professionista. Saranno sperimentate e messe in atto modalità di quality assurance sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle survey generalizzate all'insieme delle Regioni e dei programmi. Tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle survey, la segnalazione ai responsabili delle criticità e la richiesta di una relazione sulle azioni intraprese e l'analisi dei dati before / after.</p> <p>5. Promozione della ricerca in ambito di screening Creazione di gruppi di lavoro e/o creazione di database di dati da analizzare al fine di approfondire tematiche conoscitive utili alla programmazione e al monitoraggio regionale. Ovviamente l'interesse di tali ricerche dovrà essere definito dall'ONS. A tal fine ONS (in accordo con le società scientifiche multi disciplinari) finanzia quanto necessario all'attività.</p> <p>6. Produzione di linee guida/procedure in ambito di screening</p> <p>7. Sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati Attività svolta in collaborazione con le società scientifiche multidisciplinari. Produzione di materiale informativo per gli utenti e per la comunità sanitaria: lettere di invito e sollecito, informazione digitale e utilizzo di nuove tecnologie (siti internet sms-social). Il gruppo di lavoro realizzerà materiale utilizzabile e personalizzabile (inserendo i riferimenti locali, loghi ecc.) a disposizione di tutte le Regioni. Valutazione del materiale informativo prodotto dai singoli centri.</p>

DESCRIZIONE	<p>L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), nell'ambito delle attività di supporto scientifico e organizzativo all'attività dei Registri Tumori accreditati e in attività, promozione della standardizzazione delle regole di registrazione, formazione continuativa del personale, valutazione della qualità dei dati, e di supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale, svolgerà le seguenti azioni: 1. Integrazione tra i vari Registri Tumori (RT) italiani, AIRTUM supporta le regioni per l'integrazione tra i vari RT italiani che già coprono l'intero territorio regionale (solo 4, per ora) e i RT che hanno una copertura provinciale o sub-provinciale assicurando un lavoro di "rete" tra i RT e rappresentandoli presso le istituzioni sia a livello nazionale che internazionale. 2. La Banca dati AIRTUM. I dati dei RT regionali e locali vanno inviati alla Banca dati AIRTUM. La Banca dati nazionale contiene i dati di oltre tre milioni di malati di tumore e quasi un milione e mezzo di deceduti per cause oncologiche. La banca dati è consultabile attraverso una piattaforma d'interrogazione e analisi interattiva dei dati dei Registri (ITACAN) e produce report annuali di approfondimento sui dati epidemiologici salienti relativi alla diffusione del cancro in Italia. Tutte le pubblicazioni prodotte sono liberamente consultabili sul sito AIRTUM www.registri-tumori.it. 3. Copertura territoriale Supporto alle regioni per garantire un ampliamento della copertura fino ad arrivare ad un livello regionale (come previsto dal recente DPCM che prevede l'istituzione di un RT nazionale e Centri di Riferimento Regionali). Ad oggi solo Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Basilicata e Veneto hanno un RT regionale. Tutte le altre regioni italiane hanno una copertura quasi regionale (Emilia-Romagna, Sicilia e Calabria) o almeno il 30% di copertura. Solo due regioni (Molise e Abruzzo) non hanno nessun'area accreditata in AIRTUM. In Piemonte sono attivi il RT delle Province di Biella e di Vercelli e quello di Torino (che include la registrazione dell'incidenza della città di Torino dal 1985 al 2007 e dell'area metropolitana di Torino dal 2008 al 2012, è in corso la registrazione dei casi dell'intera Regione Piemonte per il biennio 2013-14). 4. Tempestività dei dati Favorire la tempestività dei dati: si stanno adottando procedure di automazione soprattutto per le regioni che coprono aree ampie, ma sono a disposizione sistemi di tutoraggio e affiancamento per le altre regioni italiane. 5. Qualità dei dati Obiettivo prioritario è la qualità dei dati raccolti. A tal fine è messo a disposizione delle Regioni un "check AIRTUM" per garantire uniformità e qualità della registrazione. Una volta inviati alla banca dati, i dati vengono sottoposti ad ulteriori controlli di qualità. 6. Formazione Corsi di formazione a livello frontale, corsi di base e un corso avanzato (il cosiddetto Corso di Camerino); è stato implementato anche un corso FAD per la registrazione dei tumori. 7. Accreditamento AIRTUM ha messo a punto delle procedure per la raccolta e l'analisi dei dati. I nuovi RT, prima di inviare i dati alla Banca dati, devono superare un percorso di accreditamento, fondamentale per garantire la qualità dei dati. I RT in attività possono chiedere ad AIRTUM un tutoraggio per garantire qualità ed omogeneità nella registrazione. 8. I dati per la ricerca, la programmazione e l'ambiente Supporto alle Regioni per avvio di studi e indagini di carattere ambientale, per la ricerca, per la programmazione sanitaria e la valutazione di impatto degli screening oncologici. 9. I Numeri del cancro in Italia nel 2019 AIRTUM si impegna a garantire, per la prossima pubblicazione dei numeri del cancro in Italia 2019, il più ampio coinvolgimento delle regioni nella produzione e valutazione delle stime di incidenza, sopravvivenza e prevalenza per regioni.</p> <p>Il Network Evidence-Based Prevention (NIEBP), nell'ambito delle attività di supporto alla pianificazione e alla valutazione dei piani regionali di prevenzione, di censimento, valutazione e messa a disposizione dei decisori delle politiche della prevenzione e degli operatori del settore degli interventi di prevenzione efficaci, svolgerà le seguenti azioni: 1. Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione (PRP) Messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili, su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP. Utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze che raccoglie, per quasi tutti i principali fattori di rischio del PNP, le migliori evidenze di efficacia disponibili nella letteratura scientifica accreditata secondo un approccio standardizzato. La matrice è accessibile liberamente dal sito http://niebp.agenas.it/. Per le popolazioni target del PNP sono raccolte le principali Linee guida nazionali e internazionali, le revisioni sistematiche e gli interventi adottati in Italia di cui sono disponibili studi che ne abbiano verificato l'efficacia. I materiali sono stati selezionati attraverso strumenti standardizzati (quali AGREE II e il Quality Assessment Tool del portale Health Evidence), e le linee guida e le revisioni realizzate all'estero sono state sintetizzate in documenti in italiano: le Quick Reference Guide (QRG) e le Quick Summary Review (QSR). Supporto alle regioni per la scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze. 2. Risposta a quesiti specifici provenienti dalle Regioni, riguardo all'efficacia di specifici interventi Sviluppo di una rete regionale di "antenne" del NIEBP con funzione di interfaccia con i centri di ricerca, di gestione della domanda, ovvero dei quesiti sulla efficacia di interventi posti a livello regionale o locale, di disseminazione dell'uso delle prove di efficacia elaborate. Formazione dei collaboratori dei centri di ricerca e delle "antenne" regionali del NIEBP. Risposta a quesiti specifici delle regioni rispetto alla eventuale efficacia di interventi di prevenzione non inclusi nel PNP (ad esempio screening per l'autismo, sigillatura dentale per la prevenzione della carie). Verrà effettuata una Rapid Review della letteratura al fine di sintetizzare i risultati di studi di valutazione. 3. Horizon scanning, ovvero ricerca attiva di interventi e programmi innovativi. Tale attività si attiva per interventi prodotti dalle regioni e ancora da valutare, oppure presenti in letteratura e ancora da trasferire. Nel primo caso verrà dato supporto per la valutazione dell'intervento (come avvenuto ad esempio per Luoghi di Prevenzione o Paesaggi di Prevenzione), nel secondo verranno intrapresi percorsi di adattamento e disseminazione. 4. Formazione e disseminazione delle evidenze Completamento e aggiornamento della matrice NIEBP delle evidenze. Organizzazione di eventi di formazione e di aggiornamento rivolti a professionisti impegnati nell'attuazione o rimodulazione dei PRP. Costituzione di un sito internet che raccolga tutte le risorse di EBP dei siti del CCM, dell'ISS e delle società scientifiche.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2019

<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p>Osservatorio Nazionale Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> - avvenuta predisposizione delle schede per la raccolta dei dati per la survey nazionale delle attività di screening del 2019 - avvenuta predisposizione del Rapporto annuale per le Regioni ed invio del medesimo - produzione dei risultati delle due survey e presentazione al convegno nazionale dell'ONS - pubblicazione dei risultati nel sito dell'ONS <p>Associazione Italiana Registri Tumori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corsi di formazione frontali per operatori di registri tumori. - Percorso di accreditamento e valutazione qualità dei dati per nuovi registri tumori. - Aggiornamento della Banca Dati AIRTUM con la casistica dei registri tumori Italiani (nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici). - Aggiornamento del sito internet ITACAN con la casistica dei registri tumori Italiani (inclusi nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici). - Pubblicazione annuale del Volume "I numeri del cancro in Italia". - Pubblicazione del Volume "Rapporto AIRTUM sui trend temporali". <p>Network per l'Evidence Based Prevention</p> <ul style="list-style-type: none"> - completamento e aggiornamento della Matrice delle Evidenze del NIEBP http://niebp.agenas.it/, anche con l'elaborazione di linee guida originali di prevenzione, in accordo con il Sistema Nazionale Linee Guida - identificazione per ogni regione partecipante di un soggetto che funga da "Antenna" per svolgere il ruolo di interfaccia con il NIEBP - formazione delle "antenne" di tutte le regioni coinvolte - organizzazione di almeno 3 eventi formativi interregionali sulla prevenzione efficace e sull'uso degli strumenti sviluppati dal NIEBP - supporto alla programmazione di tutte le regioni che ne faranno domanda - risposta ad almeno 5 quesiti di efficacia che vengano posti dalle regioni - inizializzazione dell'horizon scanning, cioè della ricerca nelle fonti bibliografiche, di interventi che rispondano agli obiettivi del PNP ritenuti trasferibili ai nostri contesti - predisposizione di una procedura per il supporto alla valutazione di efficacia di interventi identificati come promettenti dalle Antenne - diffusione dei risultati.
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>Supporto alla realizzazione e al miglioramento, in termini di costo-efficacia, delle azioni previste dal PRP per il 2019 in attuazione dei macro-obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione.</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

La quota è assegnata alla GSA e ripartita equamente con successivo atto fra i tre network:

- 33% per le attività svolte dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS): ISPO di Firenze
- 33% per le attività svolte dall'Associazione Italiana Registri Tumori: ISPO di Firenze
- 33% per le attività svolte dal Network per l'Evidence Based Prevention: Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2019

LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	
AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale	
REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Franco Ripa
	Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari
	Recapiti telefonici	011. 4321529
	E-mail	franco.ripa@regione.piemonte.it
RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 D.G.R. 31-877 del 23/12/2019	4.063.738,50
Eventuali Risorse Regionali	NO	quota di riparto delle AASSRR
ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		
Costi gestione progetto	I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali.	
Costi	Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 31-877 del 23/12/2019 (Tabella D/1).	
Costi		
RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	personale delle AASSRR	

Da acquisire	dipende dalle dotazioni già in assegnazione alle singole aziende
ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc	<p>La Legge n. 38 del 15/03/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore", ha definito il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative ed alla terapia del dolore.</p> <p>Ha previsto in particolare, all'Art. 5, l'attivazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore", che devono integrarsi fra loro, a livello regionale e con le corrispondenti reti regionali, a livello nazionale.</p> <p>La Legge n. 38 del 2010, è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore, a livello nazionale.</p> <p>Le indicazioni della L.38 riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 138 del 27/06/2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 113 del 20/03/2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).</p> <p>Per quanto riguarda, specificamente, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, è stato approvato uno specifico provvedimento deliberativo (D.G.R. n. 11-7041 del 27.01.2014) per l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa in parola come "un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]". Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice".</p> <p>Inoltre, con D.G.R. n. 43-7345 del 31.03.2014 è stata formalizzata la Commissione di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore e Cure palliative rivolte al paziente in età evolutiva, con specifici compiti consultivi, di monitoraggio e coordinamento della rete in parola. Si prevede di proseguire nei percorsi di attuazione della Rete di Terapia del dolore e di cure palliative per il paziente in età evolutiva, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore e di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti in età evolutiva.</p>

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	2010	mai	il progetto ha durata continua
OBIETTIVO GENERALE	Migliorare i percorsi di presa in carico dei pazienti in età evolutiva, che necessitano di terapia del dolore, articolando una tipologia assistenziale che sia omogenea sul territorio regionale, con risposte appropriate a seconda delle necessità dei pazienti		
	1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.		

OBIETTIVI SPECIFICI	2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.
	3° Obiettivo =====
	4° Obiettivo: =====

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

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

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

DIAGRAMMA DI GANT																									
	Mesi																								
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 8.33%;">1</td> <td style="width: 8.33%;">2</td> <td style="width: 8.33%;">3</td> <td style="width: 8.33%;">4</td> <td style="width: 8.33%;">5</td> <td style="width: 8.33%;">6</td> <td style="width: 8.33%;">7</td> <td style="width: 8.33%;">8</td> <td style="width: 8.33%;">9</td> <td style="width: 8.33%;">10</td> <td style="width: 8.33%;">11</td> <td style="width: 8.33%;">12</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12														
Il progetto ha durata continua, non suddivisibile in azioni mensili																									

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
<p>Il progetto ha durata continua, da nove anni a questa parte. Le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico:</p> <p>D.G.R. n. 20-13204 del 08/02/2010, D.G.R. n. 30-866 del 25/10/2010, D.G.R. n. 31-1482 del 11/02/2011, D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012, D.G.R. n. 43-7345 del 31/03/2014 D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014</p>			

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

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2018

LINEA PROGETTUALE 1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Denominazione Progetto: Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria (CAP / Case della Salute) e avvio delle Comunità di pratica per la definizione dei modelli di gestione della cronicità nel territorio regionale

Lo sviluppo del progetto è avvenuto nel corso del 2018 attraverso le seguenti azioni:

- 1) Promozione, indirizzo e orientamento del processo di riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute, in attuazione della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016 e della D.D. n. 438 del 30.6.2017;
- 2) Monitoraggio del processo di avvio delle Case della Salute, sia attraverso nuovi progetti, sia attraverso la riconduzione verso tale modello delle diverse forme organizzative **multiprofessionali/multifunzionali** già esistenti ed operanti sul territorio regionale, quali ex CAP, ex Gruppi di Cure Primarie, presidi polifunzionali territoriali ecc.
- 3) Interventi di prima attuazione delle "Linee d'indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità", approvato con DCR n. 306-29185 del 10 luglio 2018, con particolare riferimento alla definizione di azioni strategiche per l'avvio del percorso finalizzato all'appropriata presa in carico dei pazienti con multicronicità.

Descrizione delle azioni

Azione n.1) La sperimentazione regionale delle Case della Salute

Nel corso del 2018 in attuazione della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016, le ASL piemontesi e relativi Distretti hanno provveduto all'attuazione e/o sviluppo dei progetti sperimentali (di seguito: progetti CS) validati dalla Direzione regionale alla Sanità con D.D. n.438 del 30.6.2017.

Pertanto, nel primo trimestre 2018 ciascuna ASL ha provveduto all'adozione, per ogni Casa della Salute già attivata o in fase di **attivazione/potenziamento/riconversione**, del relativo Regolamento organizzativo e di funzionamento secondo lo schema tipo regionale di cui all'Allegato B/B1 alla D.D. n. 438/2017.

In particolare, tale documento individua l'articolazione organizzativa e gestionale della CS per lo svolgimento delle attività di cure primarie integrate e coordinate con quelle specialistiche, diagnostica di base, socio-sanitarie e della prevenzione, con l'obiettivo di predisporre sul territorio distrettuale un modello di rete dell'assistenza primaria, interfacciata telematicamente con la rete ospedaliera (a regime tramite il sistema Fascicolo Sanitario Elettronico), per la garanzia di risposte complessive e coordinate per il trattamento delle cronicità a maggior impatto sociale.

Nell'ambito di tale documento è stato pertanto delineato concretamente il modello organizzativo definito per la CS e sono stati altresì tradotti, sul piano operativo e gestionale, gli intendimenti aziendali previsti nei progetti riguardo alla **sperimentazione** delle CS, tenuto conto delle indicazioni regionali di cui alla suddetta D.D. n. 438/2017 e nei limiti e vincoli posti dalla vigente normativa nazionale e regionale.

Con la D.D. 881 del 17.12.2018 la Direzione regionale Sanità ha proceduto alla validazione dei Regolamenti di organizzazione e di funzionamento delle CS adottati dalle ASL/Distretti e alla presa d'atto della relazione di attività e di spesa relativa all'anno 2017, ai fini dell'erogazione della quota a saldo del contributo regionale assegnato per il 2017.

Riguardo alle strategie regionali ed aziendali volte al coinvolgimento della medicina di territorio (MMG/PDLS/MCA) nel progetto per la sperimentazione CS, nel corso del 2018 sono state poste in essere le seguenti azioni:

- a) a livello regionale, è stata definita una base di piattaforma contrattuale per la definizione di un A.I.R. "ponte" che, nelle more della definizione di un modello omogeneo a livello nazionale nell'ambito dell'A.C.N. previsto dall'art. 1 della L. 189 dell'8.11.2012 e s.m.i., consenta di impostare sul territorio le basi del percorso di riorganizzazione delle cure primarie e delle relative forme organizzative/associative, nell'ambito del modello di rete UCCP/AFT come delineato dalla legge stessa e dalla D.G.R. n.26-1653 del 29.6.2015 sul riordino della rete territoriale.



Tale piattaforma è stata confrontata, nel corso del 2018, con le OO.SS. dei medici convenzionati, le quali hanno sostanzialmente condiviso un modello organizzativo prioritariamente finalizzato al riorientamento dell'attuale sistema della cure primarie verso la medicina d'iniziativa, per l'adeguata presa in carico e gestione dei percorsi integrati per la risposta ai prevalenti bisogni connessi alle patologie croniche. Fino a tutto il 2018 la piattaforma contrattuale non ha invece trovato un accordo sul piano economico, considerato che il modello regionale, in sintonia con le vigenti disposizioni normative nazionali, non prevede oneri aggiuntivi bensì una riconduzione della spesa dalle attuali forme organizzative/associative della medicina convenzionata, alle future AFT.

b) a livello territoriale sono stati definiti, in alcune ASL (To3, NO, Biella, VCO, CN1), appositi accordi aziendali con le OO.SS. MMG/PDLS finalizzati a garantire la funzionalità dei progetti CS, nelle more della definizione dell'Accordo integrativo regionale e con efficacia estesa fino alla data di entrata in vigore di quest'ultimo.

Tali accordi hanno individuato le modalità e le procedure organizzative ed operative per il coinvolgimento delle forme associative MMG/PDLS già esistenti sul territorio ad integrazione dell'attività svolta dalla CS, sia secondo un modello strutturale (ovvero presenza del medico convenzionato nell'ambito della struttura), sia secondo un modello funzionale (ovvero, attività MMG/PDLS nell'ambito dei propri ambulatori funzionalmente collegati con la CS, anche tramite procedure telematiche ed informatizzate).

A copertura di tali Accordi sono state finalizzate al nuovo modello organizzativo le risorse già precedentemente destinate alle preesistenti forme di collaborazione multiprofessionale delle cure primarie, quali Centri di Assistenza Primaria, ex Gruppi di Cure Primarie, Equipe territoriali e altro, unitamente a risorse destinate nell'ambito del vigente AIR al raggiungimento di obiettivi assimilabili a quelli previsti per il modello CS (risorse ex budget di distretto, governo clinico, ecc.).

Azione n.2) Monitoraggio del processo di avvio delle Case della Salute

Il processo di avvio e di sviluppo della sperimentazione regionale delle Case della Salute è stato monitorato nell'anno 2018 attraverso i seguenti documenti elaborati dalle ASL in attuazione della D.R.G. n. 3-4287/2016 e secondo gli schemi tipo di cui alla D.D. n. 438/2017, e Tabella D:

- Regolamento di organizzazione e di funzionamento (Tabella B-B1 allegata alla D.D. n. 438/2017)
- Relazione annuale di attività e di spesa (Tabella D allegata alla D.D. n. 438/2017);

Al 31.12.2018 risultavano attive, nell'ambito della sperimentazione regionale, n. 70 Case della Salute, mentre per altre n. 7 CS è prevista l'attivazione nel biennio 2019-2020.

Altre n. 6 CS sono inoltre in corso di attivazione, a seguito di progetti definiti a livello aziendale successivamente all'avvio della sperimentazione regionale.

In coerenza con quanto emerso nella fase progettuale, anche la regolamentazione delle CS ha evidenziato, nella fase di avvio della sperimentazione, l'articolazione organizzativa ed operativa delle CS nell'ambito dei modelli descritti nella Tabella A allegata alla D.D. n. 438/2017, ovvero:

- CS strutturale: 26% dei progetti avviati
- CS strutturale-funzionale: 50% dei progetti avviati
- CS funzionale: 24% dei progetti avviati

Il quadro dei principali elementi emersi dal monitoraggio dei Regolamenti organizzativi delle CS è riportato nella Tabella A e A bis allegata alla presente relazione.

Nella Tabella B è invece riportato il numero del personale operante nelle CS in ciascuna ASL alla data del 30.11.2018.

Infine nella Tabella C è riportata una sintesi, per ASL, del consuntivo di attività svolta dalle CS nell'anno 2018: occorre però sottolineare la parziale attendibilità dei dati ivi riportati in quanto, in fase di avvio sperimentale, la maggior parte delle CS non erano ancora dotate di un sistema informatizzato per la gestione e il monitoraggio degli accessi, delle attività e dei percorsi erogati.

Con la sopra richiamata D.D. n. 881/2018 è stato invece rinviato al primo semestre 2019, nelle more dell'adeguamento del sistema informativo regionale e aziendale con l'identificazione e la tracciatura delle nuove forme organizzative CS e delle relative prestazioni erogate, il monitoraggio di un primo set di indicatori fra quelli previsti nell'Allegato C alla D.D. n. 438/2018 (analisi di impatto della sperimentazione rispetto alle finalità perseguite).

Azione n.3) Piano regionale Cronicità e sua attuazione
il percorso effettuato nel 2018 per il recepimento ed attuazione del Piano Nazionale della Cronicità (PNC) ha condotto all'adozione della DCR n. 306-29185 del 10 luglio 2018, con la quale la Regione, aderendo a un principio di progettazione partecipata, ha promosso il coinvolgimento ed il contributo degli operatori sanitari, delle direzioni



generali e distrettuali delle ASL, della Direzione Coesione Sociale nonché di altri portatori di interesse istituzionali, per lo sviluppo delle "Linee di indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità" che, riprendendo i principi fondanti del PNC, indicano per ciascuna fase e per ciascun fattore trasversale, gli obiettivi che la Regione Piemonte si propone di raggiungere, le relative linee di intervento e i risultati attesi.

Il percorso posto in essere a livello regionale vede una prima fase, che si è esplicitata nell'anno 2018, in cui sono state istituite nelle Aziende Sanitarie Città di Torino, TO3, CN1, VCO quattro "Comunità di Pratica", composte da esperti e specialisti nelle discipline interessate, per elaborare e mettere a punto i modelli di gestione poi utilizzabili su tutto il territorio regionale.

Sono state poi effettuate nel corso dell'anno 2018:

- tre giornate informative rivolte dal livello regionale a direzioni aziendali; comunità di pratica; direttori di distretto: 19/4 Fascicolo Sanitario Elettronico, modelli di stratificazione; 28/6 Stratificazione; Telemedicina; 18/6 Modello organizzativo emiliano discendente da introduzione di algoritmo di stratificazione;

- quattro giornate formative per ogni Comunità di pratica (ASL TO3 e ASL Città di Torino; ASL VCO e CN1): 14/5 e 15/5; 28 e 29/5; 11/6 e 12/6; 25/6 e 26/6.

Considerato che la D.C.R. n.306/2018 ha anticipato al 1° gennaio 2020 l'estensione delle misure e azioni pilota promosse da e con i territori individuati, è stato ricalibrato il modello e avviato il coinvolgimento anche delle altre Aziende del SSR, per la formulazione dei "Piani Aziendali per la Cronicità" (PLC).

Sulla base della positiva esperienza delle Comunità di Pratica, per la redazione dei Piani Aziendali per ogni ASL, sono stati previsti specifici livelli di collaborazione sotto un unico coordinamento organizzativo, individuato a monte dalla Direzione Strategica:

- la costituzione dei "Nuclei" per la Cronicità e delle "Cabine di regia" per la Cronicità in ogni ASL, integrate dai Nuclei delle ASO, con funzioni programmatiche, di pianificazione, valutazione, supporto al sistema regionale per la **revisione/aggiornamento** del modello, al fine di favorire una pianificazione integrata e integrante;

- le rappresentanze delle Comunità Locali e dei Portatori di interesse, da coinvolgere compiutamente con funzioni di consultazione, contributo, supporto alla disseminazione, raccolta e segnalazione, etc.

Gli incontri di condivisione e di sviluppo dello schema per la redazione di proposte di Piani Aziendali sono stati i seguenti:

Illustrazione ai Direttori Generali: 12/11/2018;

Illustrazione ai Direttori Sanitari: 13/11/2018;

Individuazione Nuclei aziendali: entro il 19/11/2018;

Condivisione con i Nuclei aziendali: 22/11/2018;

Workshop con i Nuclei aziendali: 13/12/2018;

Condivisione con Stakeholder: 13/12/2018;

Workshop con i Nuclei aziendali: 16/01/2019;

Workshop con i Nuclei aziendali: 14/02/2019.

In particolare l'incontro con gli stakeholder, secondo il principio di progettazione partecipata promosso sin dall'inizio del percorso, è stato dedicato ai Portatori di Interesse istituzionali per presentare e condividere il modello alla base della proposta di indice dei Piani Aziendali della Cronicità da sviluppare a livello locale. Quanto sopra allo scopo di raccogliere eventuali osservazioni entro il 30 dicembre, finalizzare lo schema di indice dei Piani e avviare il lavoro di redazione operativa delle proposte dei primi 12 Piani Aziendali a cura di nuclei ASL e ASO, con ultimazione da prevedersi entro il mese di marzo 2019.

Nei diversi workshop di condivisione con i Nuclei aziendali è stato sviluppato il confronto e l'approfondimento su tutti i singoli punti dell'indice nelle varie realtà attraverso elementi sintetici ed essenziali, consentendo così di fare emergere sia il lavoro e i prodotti già definiti sia i punti di maggiore criticità su cui impostare un modello comune di lavoro.

Schema indice "Piano Aziendale Cronicità"

- 1 Analisi del contesto di riferimento;
- 2 Organizzazione locale del sistema socio sanitario
- 3 Modello generale di intervento / governance
- 4 Strategie, priorità e obiettivi generali
- 5 Azioni e percorsi per il cittadino con patologie croniche
- 6 Progettualità correlabili alle azioni per la cronicità.
- 7 Leve per sostenere la realizzazione del piano aziendale



- 8 Sistema informativo-informatico
- 9 Sistema formativo
- 10 Sistema di valutazione
- 11 Piano di Comunicazione

Oltre allo schema di indice, sono individuati alcuni materiali utili per la definizione delle proposte di piano:

- a) il questionario di ricognizione per la continuità assistenziale in modo da favorire l'analisi AS IS;
- b) una primo modello di stratificazione della popolazione sulla base di criteri concordati con l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (SEPI);
- c) una prima base per le linee guida regionali per l'empowerment;
- d) le linee guida per le prossime azioni delle relative cabine di regia aziendali.

Aspetti finanziari.

Costo complessivo del progetto.

Il costo complessivo del progetto nell'anno 2018, come risultante nella Tabella D allegata alla presente relazione, si compone dei seguenti filoni di spesa:

- Costo della sperimentazione CS risultanti dai consuntivi ASL relativi al 2018;
- Costo delle forme organizzative Equipes territoriali (in fase di riconversione in Aggregazioni funzionali territoriali) che collaborano e integrano la rete territoriale CS negli ambiti distrettuali, nelle tre tipologie di modello organizzativo che si sono delineate sul territorio.

Denominazione Progetto: PDTA per i pazienti affetti da cistite interstiziali e della Bladder Pain syndrome.

La Regione Piemonte, in concerto con la Regione Valle D'Aosta ha adottato il 14 febbraio 2017 delle **raccomandazioni** sulla presa in carico dei pazienti affetti da Cistite Interstiziale. In seguito allo sviluppo del documento sono stati diagnosticati da parte delle aziende sanitarie regionali (ASR) 45 nuovi pazienti, 26 dei quali diagnosticati presso il presidio CTO dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, che aveva anche contribuito in maniera significativa alla stesura delle raccomandazioni regionali. Il totale dei pazienti affetti da cistite interstiziale in carico presso le strutture del Sistema Sanitario Regionale è pari a 190. I nuovi casi diagnosticati in seguito all'adozione delle **raccomandazioni** regionali sono rappresentano il 23% dei casi segnalati in Piemonte e Valle d'Aosta; dato che il biennio 2017-2018 rappresenta meno di 1/5 dell'attività del Registro per le Malattie Rare del Piemonte, che è nato nel 2005, è possibile evidenziare come l'adozione delle raccomandazioni diagnostiche terapeutiche ha migliorato le capacità diagnostiche e di presa in carico dei pazienti affetti da questa patologia grave e caratterizzata da un dolore cronico difficilmente controllabile.

Denominazione Progetto: Presa in carico territoriale delle persone con patologie croniche, anche rare

Patologie oggetto di **Raccomandazione/PDTA**

La Regione Piemonte, in concerto con la Regione Valle D'Aosta ha adottato il 14 febbraio 2017 delle **raccomandazioni** sulla presa in carico dei pazienti affetti da numerose patologie rare previste dall'allegato 1 a DM/279 2001 e dall'allegato 7 al DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)". In particolare sono state adottate raccomandazioni relative al linfedema Primario, alla sindrome da anticorpi antifosfolipidi, alla cistite interstiziale, alle amiloidosi sistemiche, alle distrofie retiniche ereditarie, alle microangiopatie trombotiche, alle polineuropatie disimmuni croniche (polineuropatia cronica infiammatoria demielinizzante e neuropatia motoria multifocale), alla neurofibromatosi di tipo I, alle porfirie ed alla sindrome di Prader-Willi. Negli anni 2017-2018, **immediatamente successivi all'adozione delle raccomandazioni** sono stati diagnosticati da parte delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR) 509 soggetti affetti da una delle patologie oggetto delle raccomandazioni. In 2/3 dei casi (317) si è riusciti ad arrivare ad una diagnosi di malattia senza la necessità di ricorrere a lunghi iter diagnostici; i casi che hanno richiesto un maggior impegno per giungere alla diagnosi sono quelli, come la sindrome da anticorpi antifosfolipidi o la sindrome di Prader-Willi, per cui esistono numerose possibilità di diagnosi differenziale o per cui, come nel caso dei linfedemi primari, occorrono delle indagini strumentali specifiche per una diagnosi di certezza. In totale i pazienti affetti dalle patologie oggetto del progetto presi in carico dalle ASR sono 3347. Le patologie maggiormente rappresentate sono la neurofibromatosi (903 casi), la sindrome da anticorpi antifosfolipidi (719 casi) e le polineuropatie disimmuni (590 casi). Grazie all'adozione diffusa delle **raccomandazioni** che sono state



realizzate con la collaborazione di operatori provenienti da tutta la regione la presa in carico dei pazienti viene garantita nella maggior parte dei casi da tutte le principali ASR.

Denominazione Progetto: PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)

RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2018

La Reumatologia si occupa della diagnosi e cura di oltre 150 malattie molto diverse tra loro, alcune di natura infiammatoria ed autoimmune (artriti, spondiloartriti, malattie autoimmuni sistemiche, vasculiti), altre di natura degenerativa (artrosi) o associate a patologie del metabolismo.

Sono spesso accomunate dal coinvolgimento delle articolazioni, che provoca dolore e limitazioni funzionali ma possono essere interessati anche altri organi e apparati con grande varietà di sintomi.

Vi è un'elevata incidenza nella popolazione (ne sono colpiti più di 5 milioni di italiani) e possono presentarsi a qualunque età.

Le malattie reumatiche hanno un impatto sociale elevato, sia per i loro costi diretti come terapie, esami, ricoveri, riabilitazione, sia per quelli indiretti tra cui giornate di lavoro perse, invalidità, assistenza.

Sono spesso di origine sconosciuta, favorite dalla concomitanza di fattori diversi (genetici, ambientali, infettivi) ma la ricerca ha compiuto negli ultimi anni notevoli progressi nell'individuare i processi patologici attraverso cui si manifestano con conseguenti innovazioni nella diagnosi precoce, nella terapia e netto miglioramento della prognosi.

Se non curate in modo corretto il 50% delle forme più severe evolve in invalidità permanente.

La loro diagnosi precoce è fondamentale, perché è ormai dimostrato che l'inizio del trattamento nelle fasi iniziali di malattia può modificare la storia clinica e lo sviluppo di danni permanenti, in particolare nelle artriti.

Nello specifico l'Artrite Reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria cronica sistemica, autoimmune caratterizzata da una poliartrite simmetrica erosiva e, talora, da coinvolgimento extra-articolare e viscerale; ha un decorso cronico, a differente evoluzione, che in molti soggetti, se non precocemente trattati o curati in modo non adeguato, conduce ad un decorso cronico della malattia con persistente sintomatologia dolorosa, progressiva distruzione articolare, con deformità, disabilità sia a breve che a lungo termine, progressiva perdita di funzionalità fino all'invalidità con conseguente impatto, anche severo, sulla capacità lavorativa. Negli stadi precoci della malattia la disabilità è legata al processo infiammatorio, solitamente accompagnato da importanti e limitanti algie poliarticolari nonché dalla sindrome infiammatoria sistemica, mentre il danno articolare è la causa principale di disabilità permanente negli stadi tardivi della patologia. La malattia, oltre che produrre una progressiva limitazione funzionale con diminuzione e perdita della capacità lavorativa, porta una riduzione anche pesante della qualità della vita del paziente nonché una riduzione della sua aspettativa di vita, in particolare allorché esista un coinvolgimento viscerale, in relazione per lo più ad un aumento di patologie cardiovascolari.

Il PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) regionale piemontese, dedicato alla gestione dei pazienti affetti da artrite reumatoide, descrive i processi, i ruoli e le responsabilità cliniche ed organizzative dei diversi professionisti coinvolti e gli indicatori di valutazione.

Esso coinvolge i Medici di Medicina Generale, le Strutture di Reumatologia e gli specialisti reumatologi impegnati in ambito ambulatoriale della Regione Piemonte; è attivato nei casi in cui si verificano sintomi di sospetto di un'artrite in fase precoce con una modalità di gestione integrata ospedale-territorio.

Il finanziamento d'esercizio 2018 ha consentito di continuare lo sviluppo del percorso di collaborazione con i Medici di medicina Generale (MMG) finalizzato alla diagnosi delle artriti in fase precoce attraverso il riconoscimento dei suoi sintomi in fase precoce al fine di accertare i casi in cui indirizzare il paziente alla consulenza reumatologica. Questo percorso, che si concretizza nel PDTA "Early Arthritis", predisposto nel 2013 con la finalità di intercettare i pazienti in fase precoce e di agire quindi sulla quota di incidenza che è stimata nello 0,2-0,4 per mille, valutabile per la Regione Piemonte intorno ai 800-1600 nuovi casi/anno. Presupposti a questo sono da un lato la conoscenza dei sintomi di sospetto di una artrite in fase precoce da parte del MMG e dall'altro la capacità della SC Reumatologia dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, attraverso un percorso clinico-organizzativo (Early Arthritis Clinic), di accogliere questi pazienti nei tempi adeguati in base alle evidenze scientifiche e nel rispetto delle normative in tema di tempi di attesa. Questi pazienti oltre ad ottenere l'accesso alla prestazione specialistica in tempi adeguati, sono presi in carico e monitorati al fine di individuare, in particolare, quale sia il loro decorso clinico. Sul territorio piemontese è inoltre possibile confermare il dato di letteratura del minor ricorso al farmaco biotecnologico con una minore spesa.

L'attività si è pertanto sviluppata nel monitoraggio del funzionamento del progetto, il coordinamento tra i MMG e gli Specialisti, iniziative di formazione dei MMG sulle tematiche in oggetto, la raccolta e l'analisi dei dati e delle ricadute cliniche dell'intervento sulla salute finalizzati alla verifica degli outcomes clinici e al minor ricorso al farmaco biotecnologico in reumatologia nei pazienti trattati precocemente rispetto a quelli non trattati attraverso un confronto con i dati detenuti fin dal 2010 in un archivio regionale informatizzato.

Gli interventi hanno inoltre mirato in maniera non esclusiva alla sfera clinico-sanitaria ma anche al coinvolgimento di quella psicologica, affettiva e della rete sociale dell'utente. L'obiettivo sfidante è stato quello di promuovere e sviluppare nell'assistito la capacità, l'abilità e le competenze self-are, il tutto finalizzato ad incrementare la qualità di vita.

Dati di monitoraggio:

Dal monitoraggio dei dati di produzione degli anni **2016-2018** (durata del progetto) afferenti i ricoveri con prima diagnosi cod. 7140, 7101, 725, DRG cod. 241 e le prestazioni ambulatoriali relative ai codici 89.03, 89.7, 89.01, è evidente una riduzione complessiva dei ricoveri a favore dell'incremento del numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale; ciò a dimostrazione dell'applicazione del PDTA in argomento con efficacia. Nel corso del 2016 i ricoveri complessivi sono stati **570**, **545** nel 2017 e **436** nel 2018.

Le prestazioni ambulatoriali sono passate da **68.659** del 2016 a **72.281** nel 2017 e **81.663** nel 2018.

Tempi d'attesa:

In riferimento ai "risultati attesi" indicati nel progetto cioè appropriatezza nell'utilizzo delle classi di priorità di accesso alle strutture della rete reumatologica il monitoraggio dimostra come nel **2016** le prestazioni con classe di priorità **U** siano state 760 con 4 gg di attesa; quelle in classe **B** 3450 con 29gg di attesa; quelle in classe **D** 16039 con 41 gg di attesa ed infine con classe **P** 48410 con 81 gg. di attesa.

Nel **2017** le prestazioni con classe di priorità **U** siano state 1367 con 6 gg di attesa; quelle in classe **B** 3753 con 28 gg di attesa; quelle in classe **D** 11220 con 51 gg di attesa ed infine con classe **P** 55941 con 84 gg. di attesa.

Nel **2018** le prestazioni con classe di priorità **U** siano state 3229 con 4 gg di attesa; quelle in classe **B** 4770 con 24 gg di attesa; quelle in classe **D** 9955 con 70 gg di attesa ed infine con classe **P** 63709 con 98 gg. di attesa.

Da ciò si evince una superiore attività nei confronti dei pazienti con elevata priorità (U e B).

RENDICONTAZIONE PROGETTO REUMATOLOGIA - AUMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Cod. Prest.	Prestazione	Anno 2016										Anno 2017										Anno 2018									
		U		B		D		P		Tot. Prest.	U		B		D		P		Tot. Prest.	U		B		D		P					
		Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.		Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.		Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.	Num. Prest.	GG. Attesa Med.				
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI...	41.832	236	5	459	44	9.399	44	32.647	91	46.552	428	8	568	35	5.389	54	39.167	92	50.836	478	9	756	46	4.079	97	45.523	108			
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	8.503	5	30	18	9	3.548	17	4.902	20	7.150	12	1	5	17	2.059	19	5.074	22	8.379	1.253	0	12	23	1.524	21	5.490	56			
89.7	VISITA GENERALE VISITA SPECIALISTICA PRIMA VISITA	18.224	519	4	2.973	27	4.101	56	10.631	81	19.579	927	5	3.180	26	3.772	65	11.700	82	22.448	1498	6	4002	20	4.752	62	12.696	77			

Denominazione Progetto: Promozione di rete nazionale per i tumori rari

Il progetto ha previsto quanto segue:

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 fa 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) 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) 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) 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) 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.

A handwritten signature in blue ink is written over a circular stamp. The stamp contains some illegible text, possibly a date or a reference number.

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'IRCCS 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) 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.

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 SNC.

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

Denominazione Progetto: Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative

Si offre 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.

Prosegue l'attività del gruppo di studio regionale, in cui sono rappresentate le diverse componenti sanitarie coinvolte: ginecologi, endocrinologi, oncologi, biologi della riproduzione, epidemiologi, psicologi e centro regionale trapianti.

Tale gruppo ha il compito di:

- definire le patologie che danno origine al percorso di conservazione del tessuto gonadico o delle cellule germinali
- definire sul territorio regionale l'epidemiologia di tali patologie;
- indicare il percorso di presa in carico della paziente;
- Definire la rete dei centri che possono intercettare e a cui riferire sul territorio regionali le pazienti con tali patologie;
- 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
- Individuare le strutture di raccolta e conservazione del tessuto ovarico o di cellule germinali, indicando gli standard che occorre siano garantiti



- Programmare l'accreditamento e certificazione di qualità della biobanca
- Avviare un percorso di formazione per gli operatori della sanità coinvolti

L'operatività della Biobanca si inquadra nei percorsi del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, ai fini della presa in carico globale e continua delle bambine e delle giovani donne affette da qualsivoglia neoplasia.

Obiettivi qualitativi

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

Si è proseguito nello sviluppo di 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

E' stata avviata la procedura di conservazione di tessuto gonadico e cellule germinali per tutte le pazienti che ne abbiano indicazione

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

Denominazione Progetto: Umanizzazione

La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di umanizzazione ed empowerment, si è fatta promotrice con le ASR di un programma di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero, sotto il profilo dell'umanizzazione. Il programma, cui hanno partecipato tutte le Aziende regionali, ha consentito la realizzazione della valutazione partecipata (secondo lo strumento predisposto da AGENAS e Cittadinanzattiva e secondo i principi dell'empowerment - ovvero attraverso equipe territoriali miste cittadini-operatori sanitari) su tutti i presidi sanitari pubblici regionali con oltre 120 p.l: tale attività è stata realizzata insieme da 58 professionisti e 75 cittadini appartenenti a 23 associazioni di tutela e volontariato.

Il ciclo di valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti ha perseguito i seguenti obiettivi: monitorare le strutture di ricovero pubbliche sotto molteplici profili, fra i quali: garanzia della partecipazione della comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie; riduzione delle barriere architettoniche - fisiche e sensoriali - per l'accesso dei pazienti ai presidi ospedalieri ed ai servizi; migliorare gli aspetti organizzativi allo scopo di garantire una migliore fruizione dei servizi ai pazienti ed una più agevole gestione delle attività agli operatori; favorire la comunicazione, anche attraverso il potenziamento dei meccanismi di segnalazione e monitoraggio degli eventi avversi; migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili; favorire eventi formativi sul tema dell'umanizzazione e dell'empowerment rivolti ad operatori e cittadini.

Alla valutazione è seguita la fase della predisposizione del "Piano di miglioramento" da parte di ciascuna ASR - con individuazione delle aree critiche su cui definire azioni correttive - e della implementazione delle azioni di miglioramento in relazione alle criticità rilevate in sede di monitoraggio.

Il progetto ha dato, altresì, luogo all'implementazione, a livello regionale, di un modello strutturato per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie sotto il profilo dell'umanizzazione dell'assistenza

 9

nell'ambito delle strutture di ricovero, attraverso la definizione di una Cabina di regia regionale e di una rete di referenti aziendali e civici nell'ambito delle ASR.

Il progetto ha, infine, consentito di: mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione che possa, attraverso una rilevazione periodica (triennale), assicurare la disponibilità d'informazioni per supportare le azioni delle Regioni/PA, del Ministero della Salute e delle Organizzazioni dei cittadini; attivare una rete nazionale e regionale per la rilevazione periodica del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti; definire Linee Guida per la diffusione dei risultati della valutazione, condivise con Regioni/PA, Professionisti e Cittadini

Il progetto è stato sviluppato attraverso 2 fasi successive. Nel corso della prima fase sono state realizzate le seguenti attività:

1. Partecipazione al Gruppo Interregionale Operativo, costituito da tutte le Regioni e Province Autonome aderenti al progetto, che ha provveduto alla realizzazione del piano operativo condiviso con il Gruppo di Coordinamento Nazionale;
2. Reclutamento dei referenti civici regionali, secondo il modello storico di coinvolgimento dei cittadini, da includere nella Cabina di Regia regionale;
3. Costituzione della Cabina di Regia Regionale;
4. Collaborazione alla realizzazione del corso di formazione nazionale per i referenti civici regionali e i referenti delle Regioni/PA;
5. Partecipazione alla definizione di LLGG per la diffusione pubblica dei risultati della valutazione, condivise con Regioni/PA, Professionisti e Cittadini;
6. Reclutamento degli stabilimenti di cura, in cui è stata realizzata la valutazione partecipata;
7. Coordinamento della fase di costituzione delle équipe locali;
8. Realizzazione del corso regionale di formazione per le équipe locali;
9. Coordinamento delle visite presso n. 35 stabilimenti di cura per la raccolta dei dati da parte delle équipe locali;
10. Rimborsi ai referenti civici regionali per lo svolgimento delle attività finalizzate alla realizzazione del progetto;
11. Rimborsi ai cittadini volontari per le attività svolte, finalizzate allo svolgimento delle visite delle strutture sanitarie con la compilazione della check-list per la rilevazione del grado di umanizzazione e le successive attività necessarie alla promozione dei piani di miglioramento.

Nel corso della seconda fase sono state realizzate le seguenti attività:

1. Coordinamento della fase di invio dei dati raccolti ad Agenas per l'elaborazione degli stessi;
2. Restituzione dei dati elaborati da Agenas a stabilimenti e a cascata alle équipe locali e coordinamento della fase di validazione dei dati;
3. Diffusione dei dati a livello locale (équipe e comunità locali) secondo le modalità indicate nelle Linee guida definite a livello nazionale, al fine di garantire la massima trasparenza sulle informazioni relative al grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, a livello regionale e a livello di singola struttura;
4. Promozione dei piani di miglioramento, che saranno oggetto di monitoraggio del Programma nazionale che potrà seguire al progetto di ricerca.

Quanto alla metodologia applicata, sulla base di quanto previsto nel "Piano operativo" Per l'attuazione delle attività di cui sopra, sulla base di quanto previsto nel "Programma operativo" è stata seguita la seguente metodologia:

1. Condivisione del piano operativo generale del progetto e del piano operativo specifico della propria Regione/PA con il Gruppo di Coordinamento Nazionale.
2. Partecipazione alla condivisione di un documento inerente il ruolo e le caratteristiche del referente civico regionale, con relativa procedura di reclutamento. Il documento è stato utilizzato come guida per reclutare - secondo il proprio modello di coinvolgimento dei cittadini - il referente civico regionale.
3. Collaborazione alla realizzazione dell'incontro formativo nazionale per i referenti civici regionali e i referenti delle Regioni/PA, mettendo a disposizione la propria esperienza per la realizzazione del programma formativo.
4. Partecipazione alla definizione delle Linee Guida per la diffusione pubblica dei risultati della valutazione, condivise con Regioni/PA, professionisti e cittadini, mettendo a disposizione le proprie esperienze di diffusione regionale ed aziendale dei dati di umanizzazione.

5. Realizzazione dei corsi di formazione regionale secondo il format condiviso con il Gruppo di Coordinamento Nazionale.
6. Realizzazione della valutazione partecipata, della restituzione dei dati alle Aziende e a cascata alle équipes locali, secondo le modalità concordate con il Gruppo di Coordinamento Nazionale.
7. Promozione dei piani di miglioramento e degli eventi di diffusione locale sulla base di elementi comuni condivisi con il Gruppo di Coordinamento Nazionale e con il Gruppo Interregionale Operativo

Relativamente alle attività previste per la FASE 1. la Regione Piemonte ha ottenuto i seguenti risultati

1. La Regione Piemonte ha partecipato al Gruppo Interregionale Operativo del progetto ed ha provveduto all'implementazione delle attività previste dal piano operativo proposto dal Gruppo di Coordinamento Nazionale
2. È stata costituita la Cabina di regia regionale su progetto con partecipazione del referente civico regionale. Hanno partecipato alla Cabina di Regia le persone di seguito elencate:
 - dott.ssa Mirella ANGARAMO - funzionario direzione regionale Sanità;
 - dott.ssa Paola BORELLI - SC Qualità, Risk Management e Accreditamento dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
 - dott.ssa Italia Di MARCO - responsabile SSD URP – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
 - dott. Alessandra D'ALFONSO - responsabile S.S. "Gestione Rischio" -ASL Città di Torino;
 - dott.ssa Giuseppina VIOLA - responsabile "Qualità relazionale e umanizzazione dei percorsi sanitari – URP area est" ASL Città di Torino;
 - dott.ssa Teresa GIACHINO AMISTA' - Dirigente Medico - SS "Formazione Competenze Qualità" ASLCN1;
 - dott. Angelo PENNA – Direttore generale ASL VCO (già Direttore sanitario ASL di Biella)
 - dott. Giorgio PRETTI – responsabile medico S.S. Consultori e UGR ASL NO;
 - Sig.ra Elisabetta SASSO - referente civico per il Piemonte per CittadinanzAttiva-Tribunale per i Diritti del malato
3. È stata attivata la rete regionale referenti aziendali e cittadini per la rilevazione e per il miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti;
4. Il referente scientifico, il referente civico regionale ed alcuni membri della Cabina di Regia hanno preso parte e contribuito alla realizzazione del corso di formazione nazionale per i referenti civici regionali e i referenti delle Regioni/PA, organizzato da Agenas;
5. La Regione Piemonte ha contribuito alla definizione di LLGG per la diffusione pubblica dei risultati della valutazione, condivise con Regioni/PA, Professionisti e Cittadini;
6. Sono stati reclutati gli stabilimenti di cura includendovi tutti i presidi pubblici regionali con oltre 120 p.l. e di n. 1 presidio privato equiparato ex L. 833/78;
 - OSP. INFANTILE C.ARRIGO
 - OSP.CIVILE SS.ANTONIO E BIAGIO
 - OSPEDALE SANTO SPIRITO CASALE
 - OSPEDALE SAN GIACOMO NOVI
 - OSPEDALE SS. ANTONIO E MARGHERITA TORTON
 - PRESIDIO OSP. CARDINAL G. MASSAIA
 - OSPEDALE DEGLI INFERMI
 - OSPEDALE SAN LAZZARO - ALBA
 - AZ. OSPEDAL. S. CROCE E CARLE
 - OSPEDALE DI MONDOVI' CN1
 - OSP. MAGGIORE SS. ANNUNZIATA SAVIGLIANO
 - ISTITUTO S.S. TRINITÀ - BORGOMANERO
 - OSP. MAGGIORE DELLA CARITA'
 - OSPEDALE MAGGIORE
 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO
 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'
 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA

OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'
OSPEDALE SANTA CROCE
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA S.LUIG
OSPEDALE CIVILE "E.AGNELLI"
OSPEDALE DEGLI INFERMI
OSPEDALE INFANTANTILE REGINA MARGHERITA
OSPEDALE MARTINI
CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO CTO
TORINO NORD EMERGENZA SAN GIOVANNI BOSCO
OSPEDALE SAN GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE
OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO
OSPEDALE OSTETRICO GINECOLOGICO SANT'ANN
OSPEDALE MARIA VITTORIA
PRESIDIO SANITARIO GRADENIGO
OSPEDALE SAN BIAGIO
STABILIMENTO OSPEDALIERO CASTELLI
OSPEDALE SANT'ANDREA

7. Si è provveduto al coordinamento della fase di costituzione delle équipe, alla formazione – mediante realizzazione di un corso regionale – ed al coordinamento della fase di valutazione del livello di umanizzazione dei presidi in conformità agli strumenti di rilevazione ed alle modalità definite, a livello nazionale, da AGENAS. È stato dunque possibile provvedere all'allineamento della rilevazione, in tutte le strutture oggetto della valutazione, all'ultima versione della checklist predisposta da AGENAS, anche tenuto conto dei miglioramenti realizzati a livello aziendale.

Relativamente alle attività previste per la FASE 2, la Regione Piemonte ha ottenuto i seguenti risultati:

8. Coordinamento della fase di invio dei dati raccolti ad Agenas per l'elaborazione
9. Restituzione dei dati elaborati da Agenas agli stabilimenti e a cascata alle équipe
10. Diffusione dei dati a livello locale secondo le modalità indicate nelle LLGG per la diffusione dei risultati predisposte in maniera condivisa da Agenas – Regioni – **Cittadinanzattiva**.
11. Avvio di un percorso di miglioramento a livello aziendale attraverso la assegnazione alle direzioni strategiche di specifici obiettivi incentivanti finalizzati alla predisposizione dei piani di miglioramento ed alla realizzazione delle azioni di correttive;
12. Realizzazione il 24.9.2018 dell'evento regionale per la diffusione pubblica dei risultati della valutazione con la partecipazione di AGENAS, Regioni, ASR, Associazioni, Cittadini
13. Creazione di un applicativo regionale finalizzato alla raccolta e condivisione delle buone pratiche realizzate, da parte delle ASR, in attuazione delle azioni di miglioramento su criticità rilevate in sede di valutazione delle strutture;
14. Trasferimento di risorse alle ASR per i rimborsi al referente civico regionale ed ai volontari per lo svolgimento delle attività finalizzate alla realizzazione del progetto.

Segnatamente a tali attività, si evidenziano di seguito i principali esiti del progetto:

1. Definizione di un modello strutturato per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie sotto il profilo dell'umanizzazione dell'assistenza nell'ambito delle strutture di ricovero;
2. Costituzione, a livello regionale, di una Cabina di regia qualificata sui temi dell'umanizzazione delle strutture di ricovero e dell'empowerment; cui attribuire funzioni di coordinamento ed indirizzo a favore delle ASR sia in sede di valutazione che di implementazione delle azioni di miglioramento e successivo monitoraggio;
3. Definizione di una rete stabile di referenti aziendali e referenti civici formati sulle specifiche tematiche dell'umanizzazione delle strutture di ricovero e, pertanto, qualificati alla realizzazione del progetto con particolare riguardo alle fasi di valutazione partecipata e di implementazione e monitoraggio delle azioni di miglioramento;



4. Promozione della cultura dell'umanizzazione e dell'empowerment all'interno delle ASR, anche al livello apicale, attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi ai D.G. delle ASR finalizzati alla verifica della qualità – in termini di umanizzazione - dei servizi e delle prestazioni sanitarie erogate;
5. Definizione di uno strumento – format regionale - per la predisposizione dei "Piani di miglioramento" – per un monitoraggio strutturato e continuo delle azioni correttive implementate a livello aziendale sulle aree critiche;
6. Avvio, a livello aziendale, di una fase di pianificazione – condivisa con i cittadini - delle azioni di miglioramento sulle criticità rilevate in sede di valutazione della qualità delle strutture di ricovero sotto il profilo dell'umanizzazione – con particolare riguardo al profilo della predisposizione di strumento per la eliminazione delle barriere architettoniche; per il miglioramento della comunicazione e l'implementazione della formazione sugli specifici temi dell'umanizzazione e dell'empowerment;
7. Avvio, a livello regionale, di un'attività per la progettazione di miglioramenti sulle criticità di rilevanza sovra-aziendale nonché di una funzione stabile di monitoraggio continuo sui Piani di miglioramento delle ASR – con particolare riguardo alle azioni di miglioramento ad impatto aziendale a breve/medio termine assegnate quale obiettivo ai DG delle ASR;
8. Diffusione pubblica dei risultati della valutazione attraverso la realizzazione di eventi/conferenze aziendali e di un evento regionale (quest'ultimo con la partecipazione di AGENAS, Regioni, ASR, Associazioni, Cittadini);
9. Definizione di un sistema di condivisione e diffusione, a livello di Servizio Sanitario regionale, delle buone pratiche attraverso la creazione di una piattaforma regionale per la raccolta delle azioni di miglioramento implementate a livello aziendale.

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

Denominazione Progetto: Programma regionale di Terapia del Dolore

Il progetto ha previsto quanto segue:

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 competenze 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. [...]".

E' stata data 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

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains some illegible text and a central emblem. The signature appears to be "A. Ag."

delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. [...].

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

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale: forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la Medicina Generale

- Centri Spoke/centri ambulatoriali di terapia del dolore

- Centri Hub /Centri Ospedalieri di terapia del dolore

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

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

[...]

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

Hub / Centro ospedaliero di terapia del dolore

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

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

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

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

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

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

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

Infine, è proseguita l'attuazione della riorganizzazione della Rete regionale di Terapia del Dolore, approvata con D.G.R. n. 42-2743 del 29/12/2015 a parziale modifica della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38.



Denominazione Progetto: Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica

Il progetto ha previsto quanto segue:

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 5/06/2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

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

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

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

Le indicazioni della L.38 riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 138 del 27/06/2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 113 del 20/03/2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

Per quanto riguarda, specificamente, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, è stato approvato uno specifico provvedimento deliberativo (D.G.R. n. 11-7041 del 27.01.2014) per l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa in parola come "un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]". Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice".

Inoltre, con D.G.R. n. 43-7345 del 31.03.2014 è stata formalizzata la Commissione di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore e Cure palliative rivolte al paziente in età evolutiva, con specifici compiti consultivi, di monitoraggio e coordinamento della rete in parola.

Si è proseguito nei percorsi di attuazione della Rete di Terapia del dolore e di cure palliative per il paziente in età evolutiva, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore e di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti in età evolutiva.

LINEA PROGETTUALE 4 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

Denominazione Progetto: Piano regionale di prevenzione

La Regione Piemonte ha approvato, con DGR n. 27-7048 del 14 giugno 2018, la rimodulazione per il 2018 e la proroga al 2019 del Piano regionale di prevenzione di cui alla DGR n. 25-1513 del 3/06/2015. Il provvedimento non ha modificato il quadro logico regionale, ovvero l'articolazione in programmi e relativi obiettivi specifici, tenuto conto che il quadro logico del PNP è rimasto immutato; sono state ridefinite alcune azioni, al fine di consolidarle o riorientarle se necessario, e sono stati corretti alcuni errori di formulazione degli indicatori di processo. Sono stati quindi confermati o riorientati gli obiettivi e le azioni da sviluppare nel periodo considerato (2018-2019) a livello regionale e a livello di Aziende sanitarie, in attuazione degli obiettivi stabiliti per tutte le regioni dal PNP. Il medesimo provvedimento conferma la modalità di attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano regionale attraverso la predisposizione, da parte delle Aziende sanitarie, dei Piani locali di prevenzione (PLP), che rappresentano obiettivo di mandato assegnato ai Direttori Generali delle ASL. La Determinazione dirigenziale n. 265 del 23/04/2018, redatta parallelamente alla stesura della Deliberazione e coerentemente agli esiti dell'interlocuzione avvenuta con il Ministero della Salute, approva la programmazione annuale del Piano regionale di prevenzione per il 2018; ogni programma dettaglia per ciascuna azione le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRP, distingue le attività pertinenti al livello regionale da quelle del livello locale (PLP) e richiama gli indicatori di processo

A circular stamp with the number '16' inside, and a handwritten signature 'lag' written across it.

del PRP, compresi gli indicatori sentinella valutati dal ministero ai fini della certificazione LEA, declinandoli per il livello locale.

RISULTATI RAGGIUNTI 2018

Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili: Guadagnare Salute Piemonte

Per quanto riguarda il *setting* "scuola", l'alleanza scuola/sanità prosegue nell'ambito del rinnovato Protocollo d'Intesa 2017-2020, adottato con DGR 73-6265 del 22/12/2017. Il gruppo tecnico regionale ha rivisto e rinnovato fino al 2020 le Linee Guida "Scuole che promuovono salute", che rappresentano un orientamento per la redazione di Piani di lavoro, dei Piani dell'Offerta formativa delle Scuole e della Programmazione locale per i referenti ASL; ha inoltre elaborato un format per la presentazione delle linee guida, a partire dal quale sono stati organizzati seminari di approfondimento a cura degli Uffici scolastici territoriali e dei referenti per la promozione della salute di ogni ASL. Sono stati realizzati complessivamente 4 incontri, uno per ogni quadrante, tra maggio e giugno 2018. Entro l'inizio di settembre tutte le ASL hanno predisposto e trasmesso alle scuole del proprio territorio il catalogo dell'offerta formativa 2018-2019 in coerenza con le indicazioni del Piano regionale della prevenzione. Nel 2018 si è registrata una buona diffusione dell'adozione di progetti di "buona pratica" da parte delle scuole: delle 573 scuole che hanno ricevuto il catalogo, 472 hanno adottato progetti di buona pratica (82%)

Nell'ambito del *setting* "comunità e ambienti di vita", è proseguita in tutte le ASL l'attività dei gruppi di cammino, con mantenimento dei gruppi attivi e implementazione di nuovi gruppi; sono stati sperimentati diversi strumenti di valutazione proposti dal gruppo di lavoro regionale, testati sulla quasi totalità dei gruppi di cammino in cui l'ASL è direttamente coinvolta. È proseguito il caricamento nella banca dati regionale delle informazioni nutrizionali relative agli snack più consumati dai bambini e sono state prodotte due guide per la scelta degli spuntini freschi e confezionati, rivolti rispettivamente ai genitori/nonni e agli operatori sanitari/insegnanti della scuola primaria. Nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra la Regione Piemonte e l'Associazione Regionale Panificatori, per la riduzione di sale nel pane, tutte le ASL hanno condotto iniziative di implementazione e monitoraggio del progetto: organizzazione di incontri informativi/formativi rivolti ai panificatori e/o alla popolazione generale, azioni di sensibilizzazione indirizzate a medici di medicina generale, monitoraggio del contenuto di sale in campioni di pane prodotto dai panificatori aderenti. Nell'ambito della prevenzione del consumo rischioso di alcol, 5 ASL hanno mantenuto i 7 progetti attivi e tre nuove ASL hanno attivato progetti: in totale sono attivi 11 progetti (rete Rete Safe Night), che prevedono la formazione-sensibilizzazione dei gestori del divertimento giovanile notturno e il counseling individuale svolto da parte degli operatori delle postazioni mobili con l'ausilio di etilometri, simulatori di guida, occhiali alcolemici, materiali informativi ecc. Sono stati attivati 22 percorsi informativi presso le strutture che accolgono gli anziani nel tempo libero, per la prevenzione degli incidenti domestici, che hanno interessato il 55% dei distretti delle ASL

Per quanto riguarda la promozione della salute nel *setting* "ambienti di lavoro", sono stati pubblicati sul sito Dors due documenti utili allo sviluppo e progettazione di interventi specifici di *work health promotion* (WHP). È stato messo a punto il corso FAD WHP per gli operatori. In tutte le ASL sono stati avviati progetti WHP (complessivamente 15), 9 dei quali multicomponente e multifattoriali, in quasi tutte le ASL sono presenti interventi rivolti ai dipendenti ASL. Si è svolto il seminario di consultazione con gli stakeholders che potrebbero essere coinvolti nella progettazione e/o costituzione della rete WHP Piemonte.

Nell'ambito del *setting* "servizi sanitari", sono stati realizzati nelle ASL complessivamente 17 corsi sull'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol, che hanno coinvolto equipe multiprofessionali di operatori, in particolare del DMI. Tutte le ASL documentano l'attività del Gruppo Aziendale Fumo attraverso appositi report, verbali delle riunioni e/o prodotti del lavoro del gruppo stesso, e gli interventi che utilizzano la metodologia del counseling. Sono stati attuati progetti di counselling sugli stili di vita dei malati e delle loro famiglie, è stato sviluppato il tema dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili; è proseguito il lavoro di supporto ai neo genitori, per la promozione del benessere mentale e fisico (compresi promozione e sostegno dell'allattamento al seno). Si è tenuto il corso regionale "Informazione, comunicazione e counseling nutrizionale", che sarà replicato "a cascata" dalle ASL nel 2019.

Screening di popolazione

È proseguito il programma di screening oncologici "Prevenzione Serena", che ha previsto:

- l'assicurazione di qualità nell'intero processo attraverso l'attività dei Centri regionali di riferimento, i workshop regionali per l'approfondimento dei dati, il monitoraggio, con la restituzione dei risultati e la definizione delle azioni correttive da intraprendere;



- l'attuazione della riconversione attraverso la copertura della popolazione bersaglio tramite il solo binario dello screening Prevenzione Serena; sono state raggiunte le coperture da inviti e da esami previste dal PNP; sono stati effettuati interventi per il rafforzamento dell'adesione da parte delle donne straniere;
- l'introduzione del test di screening HPV-DNA per il cancro della cervice uterina;
- la riorganizzazione del programma, avviata nel 2016.

La programmazione, la rendicontazione e il monitoraggio degli obiettivi vengono predisposti dal responsabile di ciascuna area territoriale e inseriti nei piani locali di prevenzione di ciascuna azienda.

Prosegue il monitoraggio dell'attuazione degli screening neonatali oftalmologico e audiologico e del TSH neonatale, che vengono svolti in tutti i punti nascita ma con necessità di miglioramento dei sistemi di raccolta dei dati.

Prevenzione infortuni e malattie professionali

Sono stati predisposti dalle ASL i report descrittivi di rischi e danni e i report riguardanti le comunicazioni inviate dai Medici Competenti ex art. 40 DLgs 81/08. È proseguita l'integrazione dei sistemi informativi per il miglioramento della programmazione delle attività; si è consolidato, da parte di tutti i Servizi, l'utilizzo del sistema SPreSALWeb. Sono state realizzate iniziative formative rivolte agli operatori SPreSAL sui tumori professionali, in particolare i tumori nasosinusal e i mesoteliomi. È proseguito l'aggiornamento degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, attraverso il lavoro della Commissione regionale per la verifica dei requisiti dei soggetti formatori. Nell'ambito del coordinamento delle attività di vigilanza, sono proseguite in tutte le province le attività degli Organismi provinciali di vigilanza (OPV). Tutte le ASL hanno programmato l'attività di vigilanza sulla base delle specificità territoriali e svolto attività mirate nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura, secondo gli specifici piani regionali. Sono stati predisposti due documenti di indirizzo operativo per la vigilanza: Schede per gli aspetti minimi di controllo per il contenimento dei rischi di investimento e ribaltamento di mezzi e di seppellimento nei cantieri edili. È proseguito anche il progetto mirato a sviluppare la cultura della sicurezza nelle scuole, in collaborazione con i servizi SPreSAL delle ASL e l'INAIL. Sono stati realizzati quattro corsi di aggiornamento rivolti a insegnanti (scuola primaria, secondaria di primo e secondo grado) con un ruolo nei servizi di prevenzione e protezione, che hanno coinvolto complessivamente circa 250 insegnanti.

Ambiente e salute

Sono proseguiti i lavori della rete regionale Ambiente-Salute riattivata nel 2016. Il progetto Ambiente e Salute approvato nel 2017 è stato rinnovato fino alla fine del 2019; il gruppo dei biologi assegnati al progetto ha coadiuvato il tavolo di lavoro regionale nelle attività centrali (formazione, supporto per la gestione delle attività connesse alle diverse azioni del piano, documenti di indirizzo) e facilitato il collegamento con il livello locale.

Sono proseguite le attività di biomonitoraggio: per l'area adiacente al termovalorizzatore di Torino è stata stilata una proposta di monitoraggio di matrici animali e vegetali da condurre a breve e medio termine; è stato inoltre avviato un nuovo monitoraggio dello stato di contaminazione degli agoni del Lago Maggiore; sono proseguite le attività di campionamento e analisi di uova ottenute da piccoli allevamenti rurali nell'area di Carisio.

L'*Atlante Regionale Ambiente e Salute 1980-2013* è stato presentato agli operatori nel corso delle 2 edizioni del workshop "Ambiente e Salute" di aprile e novembre/dicembre.

È stata predisposta una prima bozza del documento "VIS: Linee Guida per la Valutazione di Impatto Sanitario. Indicazioni per proponenti e valutatori"; nel 2018 risultano pervenute alle ASL del Piemonte 1543 richieste di valutazione degli impatti sulla salute delle modifiche ambientali, di cui 881 richieste di partecipazione a Conferenze dei Servizi e Tavoli Tecnici e 662 richieste di parere.

È proseguita in tre ASL la sperimentazione del modello organizzativo minimo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione.-

Sono state eseguite 10 ispezioni REACH/CLP, con un totale di 371 campionamenti su varie matrici: 154 su pigmenti per tatuaggio, 58 su gioielli e articoli di bigiotteria, 77 su colle e 82 su articoli in gomma e giocattoli. Tutte le ASL hanno condotto attività di vigilanza (36 controlli congiunti con ARPA) su apparecchiature generanti radiazioni UV e sulle loro modalità di gestione congiuntamente: in 33 centri di estetica, sono stati effettuati 125 accertamenti strumentali; di questi, 28 sono ricontrolli di apparecchi risultati non a norma nel corso di un precedente sopralluogo. Dall'analisi dei dati misurati, è emerso che il 70% degli apparecchi è risultato non conforme alla norma tecnica.

Infezioni/malattie infettive prioritarie

L'attività svolta si è posta i seguenti obiettivi; mantenimento degli standard diagnostici attuali per la tubercolosi, migliore qualità delle diagnosi di morbillo e rosolia, con conferma dei casi mediante test di laboratorio, sorveglianza regionale delle malattie batteriche invasive curando la partecipazione attiva dei laboratori.

Sono proseguite le attività di sviluppo e manutenzione dei sistemi informativi dedicati per integrare i dati regionali provenienti dal sistema di notifica obbligatoria e da altri numerosi sistemi di sorveglianza con quelli provenienti da altre banche dati sanitarie, rendendo possibili analisi finalizzate alla programmazione degli interventi sanitari. La piattaforma informatizzata di sorveglianza delle malattie infettive è stata completata e adottata da tutte le ASL nel 2017. Tutte le ASL inviano i dati di copertura attraverso l'anagrafe vaccinale.

In tutte le ASL è attivo il sistema di sorveglianza dell'uso degli antibiotici.

Il sistema di sorveglianza di contatti TB è adottato da tutte le ASL, che assicurano la completezza dei dati di sorveglianza inviati attraverso la piattaforma Gemini.

In base alla Legge n. 119/2017, in tutte le ASL è stato controllato lo stato vaccinale dei bambini indicati negli elenchi forniti dalle scuole del territorio; gli elenchi aggiornati sono stati restituiti alle scuole.

Sicurezza alimentare

Gli obiettivi di miglioramento della qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e di garanzia di tutela della salute dei consumatori sono stati perseguiti anche nel 2018 attraverso il Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (DD n. 283 del 04/05/2018), con la definizione del Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (PRISA) e dei Piani locali (PAISA).

È stato ulteriormente rafforzato nel 2018 il processo di integrazione delle attività di sicurezza alimentare fra i servizi veterinari e medici dei Dipartimenti di Prevenzione, con l'intento di armonizzare gli obiettivi e i comportamenti dei Servizi.

Sono stati redatti tre documenti di approfondimento scientifico: "Diossine e sostanze diossina-simili/PCB: l'EFSA aggiorna il livello di assunzione tollerabile", "Domande e risposte sulla presenza di componenti di oli minerali (MOH) negli alimenti", "Azioni di contrasto dell'antibiotico-resistenza 2017-2020", all'indirizzo www.ceirsa.org/

Rimane in vigore per l'anno 2018 la revisione di luglio 2017 del Protocollo tecnico regionale per le analisi microbiologiche.

Sono state aggiornate le linee guida regionali per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti e più in generale sono stati ridefiniti ruoli e funzioni nell'ambito del Centro di riferimento regionale.

È stato organizzato un evento esercitativo regionale relativo alla biosicurezza nell'allevamento avicolo e piani di emergenza epidemica veterinaria. Sono stati aggiornati i protocolli relativi alla gestione delle emergenze e redatti manuali inerenti le emergenze epidemiche.

È stato applicato anche nel 2018 il piano regionale per il controllo sanitario della fauna selvatica con l'obiettivo di garantire il monitoraggio dello stato sanitario delle popolazioni selvatiche del territorio regionale attraverso una distribuzione dei campioni omogenea e statisticamente significativa. Le Aziende sanitarie hanno rispettato il programma mantenendo il monitoraggio su almeno 5 malattie tra quelle considerate prioritarie.

Il programma di formazione regionale degli operatori ha riguardato diversi argomenti, tra i quali: gestione delle emergenze legate al fenomeno antimicrobico resistenza, allerte alimentari, gestione pratica di un'emergenza non epidemica in sanità animale, audit sulle autorità competenti; complessivamente si sono svolti 13 eventi formativi. Quasi tutte le ASL hanno organizzato almeno un evento formativo finalizzato alla sensibilizzazione/informazione sulla corretta gestione del farmaco veterinario, la riduzione dell'antibiotico-resistenza e l'utilizzo della ricerca elettronica veterinaria, nonché eventi formativi aperti a organi di controllo esterni.

Tutte le ASL hanno inoltre effettuato eventi formativi/informativi sulla qualità nutrizionale e la sicurezza dell'offerta alimentare, rivolti agli operatori del settore alimentare e al personale sanitario, e hanno realizzato almeno 20 interventi di vigilanza/valutazione nutrizionale nella ristorazione collettiva, con un'attenzione agli aspetti qualitativi e quantitativi dei pasti somministrati, ed effettuato la raccolta annuale dei dati relativi ai controlli eseguiti nelle verifiche di sale iodato.

Si sono svolti 6 audit relativi all'organizzazione generale dei controlli ufficiali e a settori specifici per la valutazione degli outcome, più 2 audit esclusivamente di settore; gli audit di settore hanno riguardato: benessere animale in allevamento e durante il trasporto, controllo produzione latte alla stalla, distribuzione - depositi/ piattaforme distributive, gestione anagrafi zootecniche. Inoltre la Regione Piemonte è stata sottoposta ad audit ministeriale di

Adg 19

settore per la valutazione del sistema di controllo attuato a livello regionale e, a cascata, nelle Aziende sanitarie locali delle province di Torino, Asti e Vercelli per la prevenzione del randagismo,

È stato predisposto il documento regionale "Linee di indirizzo regionali per la comunicazione efficace del rischio in sicurezza alimentare" in linea con le indicazioni fornite dalle Linee guida EFSA.

Organizzazione e governance del Piano regionale di prevenzione

Il gruppo governance ha proseguito le attività di monitoraggio, coordinamento e supporto ai gruppi referenti dei programmi PRP. Sono proseguite le attività per portare a regime la banca dati ProSa e i correlati interventi formativi e di help desk per le ASL.

Sono state attuate le sorveglianze di popolazione, in particolare:

- raccolta dati PASSI: tutte le ASL hanno effettuato le interviste (94% dell'atteso) e hanno utilizzato i dati PASSI per la comunicazione dei risultati aggiornati di argomenti specifici; si registrano tuttavia in alcune ASL difficoltà legate soprattutto alla carenza di personale dedicato all'effettuazione delle interviste;
- OKkio alla Salute: sono stati pubblicati i report aziendali della raccolta effettuata nel 2016 ed effettuate azioni di comunicazione per la diffusione e l'utilizzo dei dati;
- è terminata nel 2018 la rilevazione Passi d'Argento del biennio 2016/2017.
- è stata effettuata la raccolta dati HBSC con rappresentatività regionale, con il coinvolgimento di 185 classi (58 prima media, 62 terza media e 65 seconda superiore) e 3022 studenti, e una rispondenza rispetto al campione di classi previsto del 99,5%.

In tema di monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze, si è conclusa l'attività di equity audit per il setting scuola condotta nell'ambito del progetto CCM "Equity Audit nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia", nonché l'esperienza di HEA e comunità urbana condotta nella Città di Torino. È stato organizzato un corso di formazione rivolto agli operatori ASL (6/11/2018) al fine di diffondere l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione nell'ambito del progetto CCM, rivolto primariamente ai Coordinatori locali dei PLP.

Il Laboratorio della prevenzione ha avviato un'analisi di contesto per descrivere e analizzare l'attuale sistema di governance del PRP e ha realizzato un workshop rivolto agli operatori dei PLP delle ASL.

Si è concluso l'audit sulla governance del Piano di prevenzione, svolto nel 2017, con la valutazione dell'applicazione delle raccomandazioni formulate nei singoli rapporti di audit.

In 9 ASL è stato realizzato almeno un corso accreditato, interdisciplinare e interprofessionale rivolto agli operatori impegnati nel PLP relativo a tematiche trasversali di governance, monitoraggio, valutazione, utilizzato anche come momento di elaborazione dei documenti programmatici e/o di rendicontazione del PLP. Quasi tutte le ASL rendicontano, inoltre, numerosi corsi di formazione più specifici, a sostegno dei programmi e/o delle azioni del piano.

È stato realizzato un Piano di comunicazione del PRP e sono stati prodotti due strumenti di comunicazione: l'"istantanea PRP" e la presentazione sintetica dei risultati. In quasi tutte le ASL sono state realizzate iniziative di comunicazione con l'utilizzo degli strumenti proposti a livello regionale o altri strumenti già testati a livello locale. Progetto Piano regionale di prevenzione

Denominazione Progetto: Attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM, NIEBP

RISULTATI RAGGIUNTI 2018

Osservatorio Nazionale Screening

Il decreto del ministro della Salute del 25 novembre 2004 (art. 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi. L'ONS conduce ogni anno (utilizzando il know how delle società scientifiche dello screening Gisma, del Gisci e del Giscor) la raccolta sistematica e la valutazione di indicatori di performance e di impatto dei tre programmi di screening. Le survey che vengono condotte hanno contemporaneamente due finalità:

- e) di certificazione rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- f) di monitoraggio continuo della qualità in un'ottica di benchmarking fra le Regioni (e all'interno di ogni Regione fra i singoli programmi).

Questi risultati vengono pubblicati annualmente nel Rapporto dell'Osservatorio e vengono discussi annualmente in un convegno specifico e in molte iniziative con le istituzioni, le società scientifiche, operatori sanitari, associazioni di

volontariato ecc. Inoltre a ogni Regione per ogni tipo di screening vengono forniti il confronto di numerosi indicatori rispetto alla media nazionale e alla media Regionale e rispetto allo standard di riferimento. L'Osservatorio cura, inoltre, le linee guida per la quality assurance e la certificazione dei programmi di screening; la promozione della ricerca in ambito di screening, lo sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione, all'interno dei programmi fra operatori e utenti.

La Regione Piemonte, come le altre Regioni italiane, si è avvalsa del supporto dell'ONS sopra descritto, nelle sue attività di monitoraggio per la valutazioni delle singole performance dei singoli programmi nell'anno 2018. Tale confronto fornisce elementi concreti per individuare le azioni programmatiche per il superamento delle criticità.

- Il benchmarking dei programmi è stato assicurato da singole schede inviate ai responsabili delle varie Regioni (e dunque anche alla responsabile della Regione Piemonte) nonché nei momenti pubblici di confronto e di discussione sui risultati e sulle pubblicazioni presenti nel sito dell'ONS (www.osservatorionazionale screening.it).
- Le news dell'ONS hanno fornito informazioni su dibattiti, iniziative formative, novità organizzative ecc. a tutti gli iscritti alle news fra le quali ci sono molti operatori e organizzatori dei programmi di screening della Regione Piemonte.
- Per quanto riguarda l'attività di formazione, il referente regionale degli screening e molti altri operatori del settore del Piemonte hanno partecipato alle iniziative organizzate dall'ONS, quali workshop ed eventi formativi:
 1. il 30 maggio 2018 a Roma workshop congiunto GISMa/ONS "Sopravvivenza per tumore della mammella Domande e risposte;
 2. il 6 giugno 2018 a Roma workshop congiunto GISCI/ONS dove è stata presentata la "survey screening cervicale";
 3. il 25 ottobre 2018 a Lerici (LA Spezia) si è svolta nella sessione Congiunta ONS/GISCOr, in occasione del Congresso Nazionale GISCoR. È stata presentata la survey nazionale dello screening colorettole e sono state discusse le situazioni in tre specifiche regioni (Sardegna, Campania e Liguria).

Nel corso del 2018 l'ONS ha continuato a sviluppare e consolidare il rapporto con le società scientifiche il cui orientamento influisce sul funzionamento dei programmi di screening.

Il direttore dell'ONS ha organizzato e partecipato ai seguenti eventi nel corso del 2018:

- il 10 febbraio a Roma incontro ONS con direttivo Società Italiana di Ginecologia per discutere raccomandazioni comuni in tema di screening;
- il 22 marzo a Catania per corso formativo su screening basato su HPV;
- l'11 aprile a Venezia convegno annuale AIRTUM lettura introduttiva sui temi dello screening organizzato;
- il 12 aprile a Taranto relazione su screening mammografico in Regione Puglia;
- l'11 maggio a Bologna insieme alle tre società multidisciplinari dello screening per discutere e organizzare la presenza delle tematiche dello screening sui social;
- il 22 maggio a Palermo per corso formativo su screening basato su HPV;
- 17 ottobre a Marino (Roma) presentazione sul tema del cambiamento dello screening cervicale dal Pap test all'HPV;
- il 12-13 novembre Lezione al corso di formazione organizzato dalla Regione Sicilia per medici Radiologi di screening tenuto all'Università di Palermo;
- il 23 novembre presentazione al congresso AIGO dei risultati dello screening colorettole;

Il 20 dicembre a Bologna incontro con i rappresentanti Regionali del Piemonte, Emilia Romagna e Toscana e con rappresentanti del gruppo Gruppo Italiano per lo screening mammografico per discutere le novità in tema di screening mammografico derivanti dalle nuove Linee Guida europee sugli intervalli proposti sotto i 50 anni.

Associazione Italiana Registri Tumori

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) ha svolto nel 2018 le seguenti attività:

- raccolta della casistica prodotta dai 50 Registri Tumori italiani generali e 7 specializzati accreditati AIRTUM e verifica di adesione al protocollo operativo (<http://www.registritumori.it/cms/files/2010.pdf>), eventuale richiesta di correzioni in caso di non aderenza ai criteri di consistenza e/o segnalazioni di anomalie dal software checkAIRTUM (<http://www.registritumori.it/cms/it/taxonomy/term/35>).
- verifica di qualità ad hoc, definizione del formato appropriato e trasmissione dati per la partecipazione a progetti di ricerca nazionali e internazionali:
 1. Analisi epidemiologica dati di incidenza studio Sentieri

2. Analisi incidenza oncologica a eziologia infettiva
3. Aggiornamento degli indicatori di CheckAIRTUM;
4. Monografia AIRTUM sui Trend temporali;
5. I numeri del cancro 2018;
- Collaborazione al gruppo di lavoro AIRTUM-AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) per quanto riguarda le analisi dati e la stesura del volume *I numeri del Cancro 2018*, nel quale sono presentati i dati dei Registri Tumori italiani e stime di incidenza per singola sede tumorale e singola regione Italiana;
- Coordinamento del corso sull'analisi di qualità dei dati (novembre 2018, Firenze)
- Analisi dati della Monografia AIRTUM 2018 sui trend temporali dei tumori in Italia
- Coordinamento dell'U.O. Analisi dati di incidenza per il sistema di sorveglianza Sentieri (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento);
- Presentazione dei rapporti e studi condotti da AIRTUM nei seguenti eventi scientifici:
 1. Riunione progetto "I tumori in gravidanza", Roma, 30 novembre 2018;
 2. Corso "I registri Tumori e la valutazione della qualità dei dati", Firenze, 28-29 novembre 2018;
 3. Incontro scientifico "Carcinoma mammario, i traguardi raggiunti e le nuove sfide, Roma, 26 ottobre 2018;
 4. ISS, partecipazione alla riunione gruppo di lavoro Sentieri, Roma 19 ottobre 2018;
 5. Corso di aggiornamento AIRTUM per operatori dei Registri Tumori, Monopoli (Ba) 3-5 ottobre 2018;
 6. Workshop presentazione azione centrale "Un sistema permanente di sorveglianza epidemiologica nei siti contaminati: implementazione dello studio epidemiologico Sentieri, Roma, 12 giugno 2018;
 7. Workshop congiunto ONS, GISMA, Europa donna Italia, AIRTUM, "La sopravvivenza da tumore mammario: domande e risposte", Roma, 1° giugno 2018;
 8. Presentazione progetto su incidenza tumori infettivi al Convegno GRELL registri tumori lingua latina, Trento, 16-18 maggio 2018;
 9. Corso AIRTUM di analisi dati epidemiologici, utilizzo del software SEER*Prep e SEER*Stat, Milano 23-25 maggio 2018;
 10. XXII riunione scientifica AIRTUM, Venezia, 11-13 aprile 2018;
 11. Corso base per operatori dei registri tumori, Cagliari, 21 marzo 2018;
 12. Convegno "La conoscenza e la comunicazione in oncologia: il ruolo del Registro Tumori, Catania, 2 febbraio 2018;
 13. Conferenza stampa per presentazione numeri del cancro regionali, Genova 25 gennaio 2018;
 14. Riunione per monografia trend, Padova 11 gennaio 2018;
 15. Presentazione del Registro Tumori Regione Piemonte, Torino 13-14 dicembre 2018.

Network per l'Evidence Based Prevention

L'attività di supporto al Piano Nazionale per la Prevenzione da parte del network NIEBP è sostenuta attraverso l'apertura del sito www.evidencebasedprevention.com/ che ha avuto lo scopo non solo di diffondere la letteratura relativa alle prove di efficacia di temi di sanità pubblica, ma anche di aiutare gli operatori della prevenzione nella consultazione di database scientifici ad hoc. I temi in esso contenuti rispecchiano in modo abbastanza esaustivo quelli presenti nella "matrice delle evidenze di efficacia" reperibile nel sito di AGENAS (www.evidencebasedprevention.com/), rappresentandone quindi l'aggiornamento continuo di quanto depositato nel sito ministeriale sopra citato. Tale matrice raccoglie infatti la letteratura relativa agli interventi evidence based per i fattori di rischio contenuti nel PNP 2014-2018.-

Il sito EBP è strutturato in modo che l'utente possa avere a disposizione una sezione di consultazione libera (sezione strumenti) dei principali database inerenti le linee guida, le revisioni e gli studi primari; sono presenti inoltre dei piccoli tutorial/guide per la facilitazione alla consultazione. È presente inoltre l'aggiornamento di alcuni temi di prevenzione e non solo che permette all'operatore di non formulare alcuna stringa di ricerca ma di essere direttamente indirizzato al database scelto che fornirà i risultati relativi al tema in questione sulle prove di efficacia presenti negli ultimi 5 anni in termini di linee guida di revisioni sistematiche. Il sito inoltre contempla anche, previa registrazione, l'invio ogni due mesi di una newsletter sulle ultime novità repente.

Infine è stato messo a punto un database che contiene diverse stringhe relative alla consultazione di PubMed in modo che l'utente possa effettuare la ricerca in letteratura grazie alla formulazione del quesito corretto tramite PICOT (Popolazione, Intervento, Confronto, Outcome e Tipo di studio).

Attraverso Google Analytics è stata effettuata la valutazione del numero di accessi, delle località di accesso e della tipologia di pagine di maggior interesse del sito consultate, evidenziando un incremento nel tempo del numero di utenti, con picchi legati approssimativamente all'invio della newsletter o allo svolgimento di corsi che prevedono l'uso del sito. Il sito Evidence Based Prevention ha riportato nel corso di tutto il periodo analizzato un aumento di accessi e di pagine consultate, in modo particolare quelle relative all'alimentazione e alla prevenzione sui luoghi di lavoro; si registra un certo grado di fidelizzazione degli utenti e un aumento di nuovi iscritti.

LINEA PROGETTUALE 5 - LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Denominazione Progetto: Digitalizzazione e archiviazione dei documenti clinici sanitari prodotti dalle Aziende Sanitarie pubbliche che rientrano nel perimetro di consolidamento regionale (ASR) - FASE 2

L'Ecosistema della sanità digitale piemontese e il modello architettonico definito per i sistemi informativi sanitari regionali prevedono che i documenti clinico-sanitari prodotti da un'Azienda sanitaria siano archiviati in un punto unico, il repository della documentazione clinica, al quale sia i sistemi interni al dominio aziendale sia quelli ad esso esterni, tra cui Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e servizi on line (SoL), devono accedere per rendere fruibile la documentazione al cittadino ed agli operatori sanitari, nel rispetto delle politiche di protezione dei dati personali e sensibili.

Tale modello, recepito nei "Piani operativi aziendali degli interventi preliminari per l'alimentazione del FSE-SoL Piemontese" del gennaio 2018, costituisce il riferimento delle ulteriori iniziative poste in essere congiuntamente da Regione e Aziende Sanitarie Regionali in attuazione alle DD.G.R. nn. 19-4900 del 20/4/2017 e 27-6517 del 23/2/2018.

Il primo fondamentale step compreso nei predetti piani, dedicato ai referti di laboratorio analisi, è stato oggetto dell'iniziativa "Fascicolo Sanitario Elettronico interventi sui sistemi informativi-informatici LIS delle aziende sanitarie per adeguamento alle indicazioni nazionali e integrazione alla soluzione regionale di fascicolo e Referti on line", finanziata con risorse POR-FESR ed avviata con D.D. 433/2018, attualmente in fase di completamento (ad oggi tutte le strutture pubbliche del SSR rendono disponibili nel FSE i referti di laboratorio firmati digitalmente, per 16 Aziende i referti sono completi dei dati strutturati secondo le specifiche nazionali e scaricabili anche tramite il servizio regionale "Referti on line".)

Il proseguimento delle iniziative sopra richiamate, finalizzate ad una diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e ai conseguenti benefici attesi per i processi di cura, richiede che si provveda all'alimentazione su larga scala dei FSE piemontesi con i documenti clinico-sanitari costituenti il nucleo minimo, così come definito dal DPCM 178/2015 "Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico" art. 2, c.2, lett. b, c, d.

A tale proposito, con D.D. 924/2018 si è provveduto a di vincolare per la linea progettuale "La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio" euro 2.748.687,00 quale contributo di PSN vincolato 2018 finalizzato al perseguimento degli obiettivi di cui all'intervento strategico "Digitalizzazione e archiviazione dei documenti clinici sanitari prodotti dalle Aziende Sanitarie pubbliche che rientrano nel perimetro di consolidamento regionale" della D.G.R. 27-6517 del 23/2/2018, impegnando tale importo nel bilancio d'esercizio 2018 a favore delle ASR al fine di ripartirlo alle stesse, nell'esercizio 2019, per l'attuazione degli interventi funzionali al progetto regionale FSE-SoL da realizzarsi in coerenza alle indicazioni regionali.

Con nota prot. 3623/A14000 del 15/2/2019 è stato richiesto alle Aziende di trasmettere in via preventiva un "Programma per la realizzazione degli interventi aziendali" nel breve periodo al fine di rendere fruibile la documentazione clinico-sanitaria al cittadino ed agli operatori sanitari, tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e servizi on line (SoL), nel rispetto delle politiche di protezione dei dati personali e sensibili, nonché delle "Specifiche per interoperabilità con INI" pubblicate sul portale sistemapiemonte.it.

Viste le comunicazioni aziendali pervenute, quale riscontro alla nota precedente, è stata ritenuta prioritaria, in coerenza agli atti nazionali e regionali richiamati, l'attuazione degli interventi di digitalizzazione e archiviazione di seguito declinati:

1. dotare (ove non disponibile) le ASR del repository aziendale (RCD), configurato ed integrato con i sistemi aziendali produttori dei Referti di laboratorio strutturati (LIS) e con la piattaforma regionale FSE-SoL/RoL;



2. **evolvere/adeguare** i sistemi aziendali al fine di produrre le Lettere di dimissione ospedaliera (LDO), i Verbali di pronto soccorso (VPS) ed i Referti di anatomia patologica (AP) in formato PDF (in caso di implementazione ex novo, il documento è da generare secondo lo standard PDF/A-2), nel rispetto della normativa e delle disposizioni vigenti in materia di tutela dei dati personali, di gestione del consenso e secondo le indicazioni descritte nel documento "Linee guida per la gestione di un Documento Clinico Elettronico finalizzata alla pubblicazione su FSE e ROL" al § 3.1 "Descrizione del processo di produzione e firma del referto" fatta salva la generazione del file CDA2 e la sua iniezione nel PDF/A-2 (intervento che sarà oggetto di una prossima iniziativa).

Nel caso in cui il consenso sia **manifestato/revocato** tramite il sistema Gestione Consensi Regionale, l'acquisizione sul sistema LDO, VPS e AP della suddetta informazione dovrà essere trasmessa dallo stesso (o dal Consent Manager Aziendale ove disponibile). Inoltre, il sistema di produzione dei referti dovrà acquisire e gestire le informazioni (trasmesse dal sistema informativo regionale di ritiro referti on-line) riferite ai referti "non ritirati" entro i termini stabiliti dalla normativa vigente;

3. aggiornare i sistemi aziendali al fine di produrre i Referti di radiologia (RIS) in formato PDF/A-2 comprensivo delle informazioni cliniche strutturate CDA 2 – HL7 (pubblicato da AGID - www.fascicolosanitario.gov.it/Standard-documentali) applicando la seguente modalità di generazione e firma:

- o produzione del CDA2 da parte del verticale di refertazione e renderizzazione PDF/A-2;
- o iniezione del CDA2 nel PDF/A-2 (standard internazionale ISO19005 e sottoinsieme dello standard PDF) e firma digitale PAdES.

Il documento, a titolo non esaustivo, è da generare nel rispetto della normativa e delle disposizioni vigenti in materia di tutela dei dati personali, di gestione del consenso e secondo le indicazioni descritte nel documento "Linee guida per la gestione di un Documento Clinico Elettronico finalizzata alla pubblicazione su FSE e ROL" al § 3.1 "Descrizione del processo di produzione e firma del referto".

Nel caso in cui il consenso sia **manifestato/revocato** tramite il sistema Gestione Consensi Regionale, l'acquisizione sul sistema RIS-PACS della suddetta informazione dovrà essere trasmessa dallo stesso (o dal Consent Manager Aziendale ove disponibile). Inoltre, il sistema RIS-PACS dovrà **acquisire** e gestire le informazioni (trasmesse dal sistema informativo regionale di ritiro referti on-line) riferite ai referti "non ritirati" entro i termini stabiliti dalla normativa vigente;

4. configurare e integrare il repository aziendale (RCD), nel rispetto dei requisiti di interoperabilità regionali/nazionali, con i sistemi aziendali produttori di documenti clinico-sanitari digitali (LDO, VPS, AP, RIS) e la piattaforma regionale FSE-Sol/ROL;
5. configurare il sistema aziendale PACS di gestione delle immagini DICOM per consentire:
- o consultazione e visualizzazione delle immagini a bassa risoluzione da FSE;
 - o scarico pacchetto referto e immagini DICOM ad alta risoluzione - incluso visualizzatore- da ROL e da FSE, che è preventivamente preparato: i) su consenso al ROL (permanente o puntuale) espresso dal cittadino; ii) su (ri)prenotazione successiva effettuata attraverso il FSE da parte del cittadino (o suo delegato) ovvero operatore sanitario (per il cittadino che ha espresso il consenso nel FSE).

Il pacchetto ad alta risoluzione nel breve periodo sarà reso disponibile nel sistema per una durata definita dalla struttura di 30 o 45 gg, **successivamente** sarà necessario effettuare una nuova prenotazione del medesimo;

Nell'esecuzione di tali interventi è stato inoltre previsto che le Aziende debbano assicurare la costante e piena integrazione tra i sistemi aziendali produttori di documenti clinico-sanitari in formato digitale e l'anagrafe aziendale AULA (quest'ultima allineata e raccordata con AURA) al fine di assicurare l'allineamento dati.

Gli interventi prioritari sopra elencati, che rientrano tra quelli programmati dalla D.G.R. 27-6517 del 23/2/2018 promuovono i processi di digitalizzazione in ospedale a supporto della continuità delle **cure dall'ospedale** al territorio (Il medico MMG/PLS o specialista potrà consultare la documentazione dei pazienti **che hanno espresso** il consenso alla consultazione) e favoriscono l'utilizzo della teledistribuzione, ovvero l'invio o la messa a disposizione dell'indagine di diagnostica per immagini al paziente (o suo delegato) e/o al medico comprendente contestualmente le immagini e il referto strutturato al fine di formare un'unica entità documentale. Essi inoltre consentiranno di ridurre

il numero delle riproduzioni degli esami su supporti non digitali, razionalizzare gli spostamenti delle persone e favorire la messa a disposizione del referto unitamente alle immagini.

Con D.D. 385/2019 si è provveduto ad assegnare alle ASR la quota accantonata in GSA con D.D. 924/2018 per la realizzazione degli interventi prioritari così come sopra definiti con applicazione dei seguenti criteri di riparto:

- a) Contributo una tantum (ove applicabile) nel limite di euro 100.000,00 per la messa a disposizione presso l'Azienda del repository RCD, la sua installazione e configurazione iniziale nel rispetto delle specifiche tecnico-funzionali pubblicate sul portale sistemapiemonte.it (comprendente l'integrazione con la piattaforma regionale FSE-SoL/ROL), nonché conferimento dei documenti da parte del sistema LIS aziendale;
- b) Contributo una tantum per la realizzazione da parte delle ASR degli interventi 2, 3, 4 e 5 come sopra definiti. L'importo è assegnato proquota a ciascuna ASR nel limite complessivo delle residue disponibilità accantonate in GSA con la D.D. 924/2018 (quote accantonate ridotte dal contributo di cui al punto a), e tenendo conto degli interventi di configurazione del sistema aziendale PACS ad oggi realizzati nell'ASL di Biella e AO Mauriziano.

Con il medesimo atto è stato inoltre stabilito che:

- I referti di radiologia (RIS), nelle more degli interventi di aggiornamento dei sistemi aziendali per la produzione del documento clinico in formato strutturato CDA 2 – HL7, dovranno essere archiviati nel RCD aziendali in formato PDF, firmati in PAdES e conferiti per l'alimentazione al FSE-SoL/ROL;
- il termine utile per la conclusione degli interventi è il 31/10/2019 per le Aziende già dotate di RCD e il 16/3/2020 per le Aziende non provviste di RCD
- eventuali ritardi rispetto a tali tempistiche dovranno essere oggetto di relazione al Settore regionale A1416B;
- la conclusione degli interventi richiamati nel presente atto dovrà essere attestata da ciascuna Azienda sanitaria.

Gli importi risultanti, subimpegnati alle ASR per la realizzazione degli interventi prioritari con la succitata D.D. 385/2019 (notificata alle ASR con nota prot. 10718/A1416B del 22/5/2019 unitamente alle indicazioni operative) sono riportati nell'Allegato A alla presente.

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains the number '10425' and some illegible text around the perimeter.

Allegato A

Obiettivi PSN 2018 per la realizzazione della linea progettuale "La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale-territorio".

Riparto delle risorse accantonate in GSA nell'esercizio 2018 in applicazione alla D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 e D.D. 924/2018 approvato con D.D. 385/2019.

Azienda	NOTE	CONTRIBUTO		
		a)	b)	TOTALE
		Messa a disposizione RCD e integrazione LIS	LDO-VPS-AP Interventi 2 - 3 - 4 RIS Pdf/A-2 + CDA2 Interventi 3 - 4 PACS configurazione ROL Immagini	
ASL Città di Torino	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
ASL TO3	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
ASL TO4		€ 100.000,00	€ 114.000,00	€ 214.000,00
ASL TO5		€ 82.530,50	€ 114.000,00	€ 196.530,50
ASL VC	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
ASL BI	PACS già configurato secondo specifiche regionali	€ 100.000,00	€ 96.000,00	€ 196.000,00
ASL NO		€ 100.000,00	€ 114.000,00	€ 214.000,00
ASL VCO		€ 83.000,00	€ 114.000,00	€ 197.000,00
ASL CN1	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
ASL CN2	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
ASL AT	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
ASL AL	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
AOU S. Luigi Gonzaga		€ 100.000,00	€ 114.000,00	€ 214.000,00
AOU Maggiore d. Carità Novara	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
AO S. Croce Cuneo	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
AO SS. Antonio e Biagio Alessandria	RCD disponibile LIS integrato con RCD		€ 114.000,00	€ 114.000,00
AO MAURIZIANO Torino	PACS già configurato secondo specifiche regionali	€ 67.156,50	€ 96.000,00	€ 163.156,50
AOU Città della Salute e della Scienza Torino		€ 100.000,00	€ 114.000,00	€ 214.000,00
TOTALE COMPLESSIVO		€ 732.687,00	€ 2.016.000,00	€ 2.748.687,00

29
July