

Deliberazione della Giunta Regionale 16 aprile 2013, n. 35-5664

**Art 1 c. 34 e 34 bis L. 23/12/96 n. 662 e s.m.i. Utilizzo delle quote vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2012. Approvazione delle schede di progetto relative all'anno 2012 e rendicontazione dei progetti presentati per l'anno 2011.**

A relazione:

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

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

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

preso atto che il finanziamento dei suddetti obiettivi viene assicurato mediante l'utilizzo dei fondi finalizzati dalla citata Legge n. 662/1996 che per il 2012 sono stati quantificati in €1.433.481.071,00= e che per la Regione Piemonte la somma disponibile spettante ammonta ad € 118.172.527,00= così come sancito in sede di accordo, rep. 227/CSR del 22 novembre 2012, tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, e che trova stanziamento sul capitolo 160355 del Bilancio 2012.

Considerato che:

- non essendo ancora stato approvato il Piano Sanitario Nazionale 2009-2011 occorre fare riferimento al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con D.P.R. 7 aprile 2006, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendano conseguibili - nel rispetto dell'accordo del 23 marzo 2005, ai sensi dell'art.1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica - per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Rilevato che per l'anno 2012 le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/1996 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale sono quelle individuate negli accordi dell'8 luglio 2010 (rep. 76/CSR) e 20 aprile 2011 (Rep. 84/CSR) riconfermate e/o integrate dall'attuale accordo del 22 novembre 2012 (Rep. 227/CSR), con ulteriori indirizzi e vincoli sulle risorse che risultano essere le seguenti:

- Attività di assistenza primaria
- Non autosufficienza
- Le cure palliative e la terapia del dolore
- Interventi in materia di biobanche di materiale umano
- La sanità penitenziaria
- L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano
- Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita
- Malattie rare
- Valorizzazione dell'apporto del volontariato
- Riabilitazione
- La salute mentale
- Piano nazionale della prevenzione

Rilevato inoltre che per l'anno 2012 l'Accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome (Rep. 227/CSR) sopra citato ha individuato ulteriori linee progettuali, alle quali sono state assegnate ulteriori risorse vincolate, quali:

- Contrasto delle disuguaglianze in sanità
- Promozione dell'approccio di genere in sanità
- Diagnosi da infezione da HIV
- Promozione di rete nazionale per i tumori rari
- Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate

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

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

<i>Linea progettuale</i>	<i>Titolo progetti</i>
<b>1</b>	Rintracciabilità telefonica del Medico di Famiglia (Assistenza H12 e H24) nell'ambito dello sviluppo del modello sperimentale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP)
<b>2°</b>	Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
<b>2b</b>	Centri diurni Alzheimer e Nuclei Alzheimer Temporanei quali nodi socio – sanitari della rete assistenziale all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena
<b>2c</b>	Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locke-in Sindrome
<b>4</b>	Programma regionale di cure palliative
<b>4</b>	Programma regionale di terapia del dolore

5	Consolidamento presso l'A.O. "Città della Salute e della Scienza" di Torino della Biobanca, delle Banche di tessuto Regionali e dei laboratori di produzione cellulare
8	Definizione delle attività dei consultori familiari della regione Piemonte per il potenziamento dell'offerta attiva dei corsi di accompagnamento
8	Promozione della salute per la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza per le donne immigrate
9	Evoluzione della rete regionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle D'Aosta. Sviluppo di un sistema informativo e di gestione integrato
10	Programma di assistenza sanitaria a favore dei cittadini extracomunitari provenienti da Paesi in via di sviluppo.
13	Piano regionale di prevenzione 2010-2012
13	Programma regionale di screening del carcinoma della mammella, dei tumori del collo dell'utero e dei tumori del colonretto, "Prevenzione Serena"
<i>Ulteriori linee progettuali</i>	
<i>Titolo progetti</i>	
1	Buone pratiche di contrasto delle disuguaglianze di salute
1	Equity audit dei percorsi assistenziali
1	Mappatura della deprivazione e dei corrispondenti fabbisogni sanitari
1	Promozione della salute materno infantile (genitoripiù9 nei gruppi vulnerabili, con particolare riferimento alla popolazione immigrata
1	Prevenzione dei tumori nelle donne straniere immigrate e prevenzione dell'infertilità femminile tra le donne immigrate attraverso il riconoscimento e il trattamento tempestivo delle infezioni delle vie genitali
1	Vaccinazione e salute orale tra i nomadi
1	Valutazione di impatto sanitario delle politiche orientate all'equità
1	Traumatologia grave, malattie croniche e patologia evolutiva nella popolazione immigrata
1	Disparità di salute e sanità in montagna
1	Protezione delle popolazioni fragili in occasione delle emergenze stagionali
1	Sistema Informativo Stranieri Temporaneamente Presenti - S.T.P.
2	Prevenzione della violenza
2	Bilancio di genere nella salute
2	Differenze di genere nella prevenzione
2	Differenze di genere nell'assistenza cardiovascolare
3	Sorveglianza infezioni da HIV
4	Progetto della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta coordinato dalla Commissione Oncologica Regionale (COR) relativo ai tumori rari (TR)
5	Registro mesoteliomi maligni del Piemonte e sorveglianza epidemiologica di gruppi di esposti ad amianto
5	Strutturazione di un percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate
5	Valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale nell'ambito di competenza territoriale del Distretto Sanitario di Casale Monferrato
5	Progetto laboratorio trattamento rocce e terra da scavo
5	Nuove metodiche - determinazione del Crsotilo nella ruggine
5	Monitoraggio Acque Balangero e basse valli di Lanzo
5	Monitoraggio fibre aerodisperse Corio - Balangero
5	Sviluppo e validazione metodica mappatura amianto antropico
5	Monitoraggio ambientale nel comune di Sauze d'Oulx
5	Nuove metodiche - FAV

Rilevato che per quanto concerne le Linee progettuali:

- 1 - “Attività di assistenza primaria”,
- 2 - “Non autosufficienza”,
- 4 - “Cure palliative e Terapia del dolore”,
- 5 “Interventi in materia di Biobanche di materiale umano”,
- 8 - “Tutela della maternità e promozione dell’appropriatezza del percorso nascita”
- 9 - “Malattie rare”,
- 13 – “Piano nazionale di prevenzione”

e per le ulteriori Linee progettuali inserite per l’anno 2012:

- 1 – “Contrasto delle disuguaglianze in sanità”
- 2 – “Promozione dell’approccio di genere in sanità”
- 3 – “Diagnosi da infezione da HIV”
- 4 – “Promozione di rete nazionale per i tumori rari”
- 5 – “Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate”

sono stati confermati gli indirizzi ed i vincoli di risorse indicati nell’accordo del 22 novembre 2012 sopra citato.

Rilevato inoltre che relativamente alla Linea progettuale 13 “Piano nazionale di prevenzione” oltre ai progetti di attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione, si è provveduto ad inserire e ampliare ulteriori progetti nella stessa Linea progettuale 13 di particolare interesse regionale.

Atteso che, come richiesto in sede di accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, l’erogazione del restante 30% delle risorse assegnate è subordinata anche alla presentazione di relazioni illustrative sui risultati raggiunti dai progetti presentati per l’anno 2011, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 15-3095 del 12 dicembre 2011 – successivamente integrata con la D.G.R. n 40-3930 del 29 maggio 2012 -, allegate alla presente deliberazione di cui ne sono parte integrante.

Tutto ciò premesso;

visto il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 approvato con D.P.R. 7 aprile 2006;

vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 15-3095 del 12 dicembre 2011;

vista la Deliberazione della Giunta Regionale n. 40-3930 del 29 maggio 2012;

visto l’accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. 227/CSR in data 22 novembre 2012;

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

*delibera*

- di approvare i progetti relativi alle linee progettuali di cui all’accordo del 22 novembre 2012, come di seguito elencati e come meglio evidenziati nelle Schede di cui agli allegati A) e B), parti integranti e sostanziali della presente deliberazione:

<i>Allegato A</i>	
<i>Linee Progettuali</i>	<i>Titolo progetti</i>
<b>1</b>	Rintracciabilità telefonica del Medico di Famiglia (Assistenza H12 e H24) nell'ambito dello sviluppo del modello sperimentale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP)
<b>2a</b>	Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti
<b>2b</b>	Centri diurni Alzheimer e Nuclei Alzheimer Temporanei quali nodi socio – sanitari della rete assistenziale all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena
<b>2c</b>	Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locke-in Sindrome
<b>4</b>	Programma regionale di cure palliative
<b>4</b>	Programma regionale di terapia del dolore
<b>5</b>	Consolidamento presso l'A.O. "Città della Salute e della Scienza" di Torino della Biobanca, delle Banche di tessuto Regionali e dei laboratori di produzione cellulare
<b>8</b>	Definizione delle attività dei consultori familiari della regione Piemonte per il potenziamento dell'offerta attiva dei corsi di accompagnamento
<b>8</b>	Promozione della salute per la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza per le donne immigrate
<b>9</b>	Evoluzione della rete regionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle D'Aosta. Sviluppo di un sistema informativo e di gestione integrato
<b>10</b>	Programma di assistenza sanitaria a favore dei cittadini extracomunitari provenienti da Paesi in via di sviluppo.
<b>13</b>	Piano regionale di prevenzione 2010-2012
<b>13</b>	Programma regionale di screening del carcinoma della mammella, dei tumori del collo dell'utero e dei tumori del colonretto, "Prevenzione Serena"
<i>Allegato B</i>	
<i>Ulteriori linee progettuali</i>	<i>Titolo progetti</i>
<b>1</b>	Buone pratiche di contrasto delle disuguaglianze di salute
<b>1</b>	Equity audit dei percorsi assistenziali
<b>1</b>	Mappatura della deprivazione e dei corrispondenti fabbisogni sanitari
<b>1</b>	Promozione della salute materno infantile (genitoripiù9 nei gruppi vulnerabili, con particolare riferimento alla popolazione immigrata
<b>1</b>	Prevenzione dei tumori nelle donne straniere immigrate e prevenzione dell'infertilità femminile tra le donne immigrate attraverso il riconoscimento e il trattamento tempestivo delle infezioni delle vie genitali
<b>1</b>	Vaccinazione e salute orale tra i nomadi
<b>1</b>	Valutazione di impatto sanitario delle politiche orientate all'equità
<b>1</b>	Traumatologia grave, malattie croniche e patologia evolutiva nella popolazione immigrata
<b>1</b>	Disparità di salute e sanità in montagna
<b>1</b>	Protezione delle popolazioni fragili in occasione delle emergenze stagionali
<b>1</b>	Sistema Informativo Stranieri Temporaneamente Presenti - S.T.P.
<b>2</b>	Prevenzione della violenza
<b>2</b>	Bilancio di genere nella salute

2	Differenze di genere nella prevenzione
2	Differenze di genere nell'assistenza cardiovascolare
3	Sorveglianza infezioni da HIV
4	Progetto della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta coordinato dalla Commissione Oncologica Regionale (COR) relativo ai tumori rari (TR)
5	Registro mesoteliomi maligni del Piemonte e sorveglianza epidemiologica di gruppi di esposti ad amianto
5	Strutturazione di un percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate
5	Valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale nell'ambito di competenza territoriale del Distretto Sanitario di Casale Monferrato
5	Progetto laboratorio trattamento rocce e terra da scavo
5	Nuove metodiche - determinazione del Crsotilo nella ruggine
5	Monitoraggio Acque Balangero e basse valli di Lanzo
5	Monitoraggio fibre aerodisperse Corio - Balangero
5	Sviluppo e validazione metodica mappatura amianto antropico
5	Monitoraggio ambientale nel comune di Sauze d'Oulx
5	Nuove metodiche – FAV

- di confermare per i progetti dell'anno 2012 gli indirizzi ed i vincoli di risorse indicati.
- di approvare le tabelle 1 e 2 “Progetti Obiettivi anno 2011, art. 1 comma 34 L. 662/96” con le relative ripartizioni del finanziamento per linea progettuale, di cui all'allegato C), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
- di dare atto che le risorse assegnate con l'Intesa Stato Regioni rep. 227/CSR del 22.11.2012 sono state impegnate sul capitolo 160355 del Bilancio 2012.
- di riservarsi l'eventuale rimodulazione delle percentuali delle risorse assegnate mediante l'adozione di opportuna deliberazione.
- di approvare le relazioni illustrative sui risultati raggiunti dai progetti presentati per l'anno 2011 di cui all'allegato D), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

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

(omissis)

Allegato

**ALLEGATO A)**

**PIANO SANITARIO NAZIONALE**

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale  
Art 1 commi 34 e 34 bis della Legge 23 dicembre 1996 n 662**

**ANNO 2012**

**Prosecuzione e integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli  
accordi dell'8 luglio 2010 e 20 aprile 2011**

**Regione Piemonte**

**Linea Progettuale 1  
Attività di Assistenza Primaria**

Titolo del progetto:

***Rintracciabilità telefonica del Medico di Famiglia (Assistenza H12 e H24) nell'ambito  
dello sviluppo del modello sperimentale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP)***

Referenti:

**Dott.ssa Daniela Nizza**

**Elisabetta Siletto - Francesco Perotto**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche  
per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**e-mail:**

**[Daniela.nizza@regione.piemonte.it](mailto:Daniela.nizza@regione.piemonte.it); [Elisabetta.siletto@regione.piemonte.it](mailto:Elisabetta.siletto@regione.piemonte.it);  
[francesco.perotto@regione.piemonte.it](mailto:francesco.perotto@regione.piemonte.it)**

Durata progetto

**Annuale**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 29.543.132,00=**

Spesa stimata anno 2012

**€ 36.714.371,00=**

**Obiettivo**

Nel P.S.S.R. 2012-2015 di cui alla D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012, nonché nel Piano di Rientro e relativo Addendum di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011, è prevista, fra le azioni prioritarie d'intervento riguardanti il potenziamento e la riorganizzazione della rete territoriale, l'avvio del modello dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), che scaturisce dalla necessità di fornire una risposta sempre più adeguata, complessiva e continuativa al fabbisogno di cure primarie esistente sul territorio regionale.

A tale obiettivo si riconducono le linee guida regionali per la sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), approvate con D.G.R. n.26-3627/2012 e finalizzate a favorire un potenziamento della medicina di territorio, sotto l'aspetto organizzativo-gestionale, attraverso l'individuazione di un centro fisico-operativo di riferimento per le cure primarie, dove la figura del medico di famiglia, quale garante della salute del cittadino e responsabile della continuità delle

cure, si coordina con quella dei medici di Continuità Assistenziale (ex guardia medica), con i medici specialisti ambulatoriali e ospedalieri, con l'area socio-sanitaria, con il supporto di personale dedicato (area infermieristica, tecnico-sanitaria, amministrativa) e di diagnostica di base.

Obiettivo prioritario del progetto è quello di fornire alla popolazione:

- una rete più ampia e appropriata di risposte, attraverso il coordinamento delle attività proprie delle cure primarie del territorio;
- un punto di riferimento per la presa in carico globale del paziente, attraverso la stretta interrelazione fra le funzioni sanitarie, le funzioni socio-sanitarie e sociali.

In tal senso il CAP intende anche rappresentare la sede più idonea per il riequilibrio fra la "sanità d'attesa", improntata sulle malattie acute e la sanità d'iniziativa", improntata sulla gestione della malattia in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, attraverso la valorizzazione:

- sia dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti,
- sia delle iniziative di promozione ed educazione alla salute.

Principi fondamentali per la corretta funzionalità del CAP.

- Il CAP, costituendo una delle porte d'accesso nel sistema delle cure primarie, deve garantirne una maggiore accessibilità nell'arco della giornata erogando, in caso di necessità, una risposta clinica agli assistiti negli orari diversi da quelli dell'ambulatorio del proprio medico;
- si configura quale struttura **complementare e non sostitutiva** dell'ordinaria attività ambulatoriale dei medici di famiglia: rappresenta cioè il centro di supporto e di coordinamento per i MMG/PDLS e per le relative forme associative nell'esercizio delle loro funzioni ordinarie, svolte nell'ambito dei propri ambulatori.

In sostanza, i MMG operanti nel CAP, pur mantenendo il proprio ambulatorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura CAP in modo da garantirne un'apertura continuativa durante l'arco della giornata.

Il CAP conferisce così un valore aggiunto rispetto alla loro attività ordinaria, grazie alla diretta interfaccia consentita con le aree diagnostiche e specialistiche e con l'area socio-sanitaria e grazie al supporto delle prestazioni infermieristiche, tecnico-sanitarie, amministrative;

- l'attività dei MMG/PDLS è integrata con quella della Continuità assistenziale (ex guardia medica), presente in sede CAP nelle ore notturne nei giorni prefestivi e festivi negli orari contrattualmente previsti, per la copertura territoriale e la continuità della presa in carico domiciliare;
- rappresenta un nodo di raccordo dei servizi distrettuali con l'area socio-sanitaria dei servizi per anziani, disabili, materno-infantile, dipendenze patologiche, salute mentale, ecc.
- opera nell'ambito di una piattaforma informatica aziendale in cui i dati relativi ai percorsi clinico-assistenziali dei pazienti del SSR sono condivisi, in un ambiente comune, fra tutti i soggetti competenti e coinvolti nella risposta erogata a livello ospedaliero, distrettuale e MMG/PDLS.

Infatti la garanzia della continuità delle cure può essere realisticamente perseguita solo attraverso la possibilità di trasmettere e di condividere in rete le informazioni fra i medici che fanno riferimento al CAP, gli studi MMG/PDLS esistenti sul territorio e le strutture di riferimento dell'azienda (distretto, ospedale, rete emergenza/urgenza).

Inoltre, come previsto dal P.S.S.R., il progetto relativo alla sperimentazione dei C.A.P. si colloca nell'ambito del più generale percorso di riorganizzazione delle Cure Primarie, da svilupparsi nell'ambito dei nuovi accordi integrativi regionali attraverso un piano di riqualificazione delle

forme associative della medicina convenzionata, con la promozione di team multiprofessionali adeguatamente coordinati ed integrati, al fine di garantire una risposta appropriata alle esigenze di salute dei pazienti in ogni parte del territorio regionale.

L'obiettivo perseguito è quello di organizzare e supportare al meglio l'assistenza primaria e, in particolare, la medicina generale, facendo in modo che la stessa possa sempre più rappresentare per il paziente il punto di riferimento per l'inquadramento clinico-terapeutico, nonché un valida alternativa all'improprio utilizzo del pronto soccorso ospedaliero.

Pertanto, in coerenza con l'art. 1 della L. n. 189 del'8.11.2012 e con il vigente Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale (A.C.N.), di cui all'Intesa del 29.7.2009 e s. m. i., al fine di agevolare ed ottimizzare, nell'ambito dello sviluppo del modello sperimentale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), l'accesso degli assistiti al proprio medico di famiglia, quale primo livello clinico di contatto del cittadino con il sistema sanitario regionale, si propone che lo stesso medico di famiglia sia contattabile telefonicamente dai propri assistiti nelle seguenti fasce orarie:

dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00,

ferme restando le attuali competenze ed articolazioni orarie del Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) ed in coerenza con il modello di revisione del Servizio stesso, adottato in applicazione del succitato Addendum, con la DGR n. 32 -4961 del 28.11.2012 e secondo le proposte indicate dalla precedente DGR n. 46 -1982 dell' 11 .4.2011.

### **Descrizione del progetto**

Con il termine "contattabilità" si intende la possibilità da parte dell'assistito di parlare direttamente con il proprio medico di famiglia, per le necessità che verranno valutate caso per caso dal medico stesso.

Qualora, per motivate necessità, il Medico non sia raggiungibile telefonicamente dal paziente, la chiamata sarà deviata dal numero telefonico del medico ad un "sistema di risposta", articolato in "modalità organizzative differenziate" ed eventualmente "rimodulabili", nell'ambito dello sviluppo del modello sperimentale dei Centri di assistenza Primaria (CAP), l'una funzionale alla realtà metropolitana (H24) e l'altra alla realtà extra-urbana (H12). Tale percorso di "continuità dell'assistenza territoriale" vuole realizzare, in modo coordinato e continuativo, una rete assistenziale, in modo tale da poter garantire al paziente la possibilità di ricevere "risposte sanitarie" coerenti ed appropriate durante l'intero arco della giornata e per tutto il periodo dell'anno.

### Modalità organizzative della contattabilità: H12

1. Contattabilità tramite telefonia mobile o fissa, garantita direttamente dal medico di famiglia nei confronti dei propri assistiti. Non è utilizzabile la segreteria telefonica o altra strumentazione di ricezione automatica delle chiamate, all'infuori dell'attività oraria ambulatoriale del medico di famiglia che dovrà essere comunicata al Distretto aziendale.
2. Fermo restando che la chiamata telefonica dell'assistito deve sempre essere indirizzata al proprio medico di famiglia, la contattabilità può essere strutturata ed organizzata all'interno delle équipes territoriali e/o delle forme organizzative afferenti il C.A.P. distrettuale; in alternativa, per specifiche e documentate esigenze locali, sarà possibile utilizzare questa "modalità organizzativa assistenziale" anche all'interno delle varie forme associative dei MMG esistenti sul territorio.

Per l'organizzazione prevista al punto 2, il Responsabile delle équipes territoriali o il Coordinatore della Medicina di Gruppo o della Medicina in rete, che dovranno essere individuati, comunicheranno preventivamente al Responsabile del Distretto cui afferisce il C.A.P. distrettuale le modalità organizzative adottate e, se attivate, le forme associative, i nominativi e i turni dei colleghi impegnati nel Servizio di contattabilità telefonica.

Per le modalità organizzative previste al punto 2), sarà cura del Medico di famiglia attivare il trasferimento di chiamata sul collega di turno individuato e segnalato mensilmente al Distretto aziendale.

In caso di sostituzione del medico di famiglia, il medico sostituto adotterà le stesse modalità organizzative della contattabilità telefonica scelta dal medico titolare.

Permane l'obbligo inderogabile di effettuare in giornata le visite recepite dalle ore 8.00 alle ore 10.00.

Tutti i medici di famiglia devono provvedere ad informare i propri assistiti in merito alle modalità organizzative adottate per la contattabilità telefonica, con gli strumenti ritenuti più appropriati e concordati con le Direzioni Distrettuali, le quali hanno l'obbligo di informare/aggiornare gli assistiti all'atto della scelta /revoca del medico di famiglia.

L'Assessorato regionale, le AA.SS.LL. e i Distretti, in accordo con le Organizzazioni Sindacali di categoria, sono impegnati nella promozione di un' efficiente ed efficace informazione nei confronti degli assistiti, in merito all'utilizzo appropriato della contattabilità telefonica dei medici di famiglia.

Gli aspetti individuati per il monitoraggio/verifica del servizio aziendale di contattabilità telefonica dei medici di famiglia sono:

Qualità percepita

Qualità sostanziale

Appropriatezza degli accessi DEA/Pronto Soccorso

Le modalità operative per l'applicazione degli indicatori sopra riportati saranno decise e condivise con le AA.SS.LL., Distretti aziendali ed Organizzazioni Sindacali di categoria.

#### Modalità organizzative della contattabilità: (H24)

Come precedentemente descritto, il progetto regionale si pone come obiettivo la realizzazione sul territorio di una effettiva "continuità dell'assistenza territoriale" nell'arco delle 24 ore, per 7 giorni alla settimana, con la presa in carico globale e continuativa del paziente.

Tale progetto avrà carattere sperimentale e sarà attuato nella Città di Torino per l'arco temporale di un anno. Previa verifica positiva, lo stesso progetto potrà essere rinnovato.

Tale sistema, così come prospettato, anche se rimodulabile rispetto all'evoluzione del modello sperimentale dei Centri di assistenza Primaria (CAP), mira a realizzare, in modo coordinato e continuativo, una "rete assistenziale territoriale" in modo tale da poter garantire al paziente la possibilità di ricevere risposte sanitarie coerenti ed appropriate, durante l'intero arco della giornata e per tutto il periodo dell'anno.

Il modello-sistema si delinea attraverso il coinvolgimento attivo e sinergico dei principali attori del processo assistenziale in atto:

- I responsabili dei Distretti aziendali;
- I medici di famiglia e i loro sostituti;
- I medici di continuità assistenziale ( ex G.M.);
- I medici di famiglia e di C.A., aderenti alle équipes territoriali;
- Il personale operativo assegnato alla Centrale Operativa 118.

Tutti i Protocolli Operativi di risposta alle priorità e necessità assistenziali devono essere condivisi tra i responsabili dei Distretti aziendali, i medici delle équipes territoriali aderenti al Progetto H24 e i responsabili delle Centrali Operative 118.

Deve essere prevista e predisposta un'adeguata e specifica formazione per il personale addetto al servizio sperimentale.

L'adesione al progetto sperimentale H24 dei medici convenzionati con il SSN coinvolge tutti i medici associati nelle équipes territoriali aziendali ed avviene per ambiti di riferimento organizzativo, che dovranno essere comunque e necessariamente su base provinciale.

Il riferimento organizzativo è rappresentato dalle Centrali Operative 118, così come attualmente strutturate sul territorio regionale, che già dispongono ed utilizzano le tecnologie informatiche necessarie, pur in coerenza con il modello di revisione del Servizio regionale di Continuità Assistenziale così come delineato dalla sopra citata DGR n. 32 -4961/2012.

La disponibilità di locali, di personale all'uopo formato, di supporti telefonici e informatici integrabili, permettono con facilità il **collegamento diretto del numero telefonico del Medico di Medicina Generale agli Operatori della Centrale Operativa**, nel caso di mancata risposta da parte del medico stesso. Infatti, il collegamento con la Centrale Operativa **verrà attivato a mezzo di**

**deviazione diretta della chiamata su di un'isola di gestione operativa del tutto autonoma e separata dalla restante attività della Centrale Operativa.** Pertanto, nel caso in cui il medico non sia reperibile, per qualsivoglia motivo, sia in orario diurno che notturno, il Servizio H 24 entrerà in funzione.

I medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale (ex guardia medica), convenzionati con il SSN, aggregati, a livello regionale e aziendale, in équipes territoriali, dovranno indicare presso le sedi distrettuali di appartenenza, i turni di disponibilità in modo da garantire comunque sempre la disponibilità di un medico, afferente l'équipe stessa nell'arco delle 24 ore, ad effettuare le visite domiciliari richieste dalla Centrale Operativa.

Inoltre i Distretti aziendali dovranno individuare, per la copertura dei turni nella Centrale Operativa, i medici di Assistenza Primaria e i medici di Continuità Assistenziale, prevedendo una presenza per turno.

Fermo restando, che il medico di assistenza primaria dovrà essere comunque reperibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 20:00 direttamente al telefono (sia esso mobile o fisso) dai propri assistiti (non è ammesso l'uso della segreteria telefonica o qualsivoglia altra strumentazione di ricezione automatica delle chiamate all'infuori dell'attività oraria ambulatoriale del medico che dovrà essere comunicata al Distretto), così il medico di Continuità Assistenziale dovrà rispondere alle chiamate dei pazienti nell'orario previsto per il servizio di continuità assistenziale. Tutte le chiamate non recepite nelle 24 ore verranno deviate ad una "Struttura" allocata presso la Centrale Operativa 118.

Il Personale operativo di Centrale, opportunamente formato ed integrato, secondo Protocolli definiti, provvederà a smistare le chiamate. La "Struttura" deve mantenere in Centrale un sistema di documentazione-registrazione per eventuali controlli e verifiche da parte dei Responsabili ASL. Dopo un anno dall'entrata in vigore della sperimentazione dovranno essere verificati sia i risultati che le eventuali criticità ed adottare gli opportuni correttivi.

#### Personale in servizio operativo presso la Centrale Operativa 118.

I turni di disponibilità diurna sono di competenza dei medici di assistenza primaria, operanti nelle équipes territoriali.

I turni di disponibilità notturna, festiva e prefestiva sono di competenza dei medici di Continuità Assistenziale (ex G.M.)

Il servizio di disponibilità diurna feriale ha la durata dalle ore 8,00 alle ore 14,00 e dalle 14,00 alle 20,00.

Il servizio notturno è svolto in un unico turno dai medici di continuità assistenziale (ex G.M.) dalle ore 20,00 alle ore 8,00 del giorno successivo.

Il servizio pre-festivo e festivo è svolto dai medici di continuità assistenziale (ex G.M.) dalle ore 10 del giorno pre-festivo alle ore 8 del giorno post-festivo.

#### Articolazione dei turni di disponibilità H 24

I turni di disponibilità H 24 vengono stabiliti all'interno delle équipes territoriali aziendali e in accordo con i responsabili dei Distretti aziendali. Ciascun turno dovrà prevedere, accanto al nominativo del medico incaricato, anche il nominativo del medico supplente, in caso di grave e documentato impedimento del medico titolare del turno stesso.

L'elenco mensile dei turni deve essere inviato al direttore del Distretto aziendale entro e non oltre il giorno 10 del mese precedente.

I responsabili dei Distretti aziendali sono garanti dell'entrata in funzione del Servizio, anche attraverso l'adozione di successivi specifici Regolamenti aziendali interdistrettuali, nonché della regolare effettuazione dei turni del Servizio di "Continuità dell'Assistenza Territoriale" (Progetto H 24).

Ulteriori accordi migliorativi del Servizio possono essere assunti in sede di contrattazione aziendale con le OO.SS. di categoria, nell'ambito dell'attivazione del progetto relativo alla sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP).

### **Indicatori di efficacia/efficienza in termini di: struttura, processo, risultato**

L'obiettivo del progetto e' quello di predisporre strumenti per garantire la "centralità" del paziente nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

Il progetto, ottimizzando l'articolazione delle cure primarie tramite l'associazionismo dei medici di medicina generale, in completa sinergia con i medici di continuità assistenziale (ex Guardia medica), i medici del 118 e il personale operativo assegnato alla Centrale Operativa 118, ha posto in essere un modello di assistenza sanitaria fondato sulla gestione integrata degli interventi fra ospedale e territorio e attraverso un coordinamento fra le attività distrettuali della rete dei servizi, dovrà agevolare ed anche velocizzare le legittime aspettative sanitarie dei singoli pazienti.

Tuttavia va precisato che soltanto attraverso l'attivazione definitiva sul territorio regionale dei progetti aziendali relativi ai Centri di Assistenza Primaria (CAP) si potranno definire e perfezionare compiutamente gli indicatori numerici di efficacia/efficienza in termini di struttura, processo, risultato anche attraverso azioni, orientate verso l'impostazione di un "modello assistenziale" i cui percorsi diagnostici e terapeutici dovranno essere ottimizzati ed adeguati agli effettivi bisogni del paziente, ponendo pertanto l'assistito al centro del processo sanitario e assistenziale.

Si rinvia pertanto ai criteri di valutazione dei risultati raggiunti con la sperimentazione dei CAP, come definiti dall'Allegato alla D.D. n. 406 del 14.6.2012 avente ad oggetto "D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012. Percorso di sperimentazione dei Centri di Assistenza Primaria (CAP): approvazione criteri di selezione dei progetti e di analisi dei risultati".

## **Linea Progettuale 2a Non autosufficienza**

### **Titolo del progetto:**

***Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti***

Referente:

**Franca Lovaldi**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**e-mail: franca.lovaldi@regione.piemonte.it**

Durata progetto:

**2012-2013**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 19.784.988,00=**

Spesa stimata anno 2012:

**€ 1.648.749,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

Le persone affette da malattie neurologiche degenerative necessitano più di altre di un alto grado di tutela, in quanto generano situazioni di disabilità gravissima e non emendabile, ad andamento cronico, di cui spesso non sono noti i meccanismi patogenetici che le scatenano né sono a disposizione terapie atte a debellarle o, almeno, di arrestarne il processo degenerativo. Tali patologie hanno, inoltre, un pesante impatto psicologico, e non solo, sulle famiglie.

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

Con la D.G.R n. 27-12969 del 30 dicembre 2009 "Percorso di continuità assistenziale dei soggetti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica" e la D.G.R. n. 62- 13647 del 22 marzo 2010 "Istituzione del Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome" si sono individuati i livelli di integrazione degli interventi che necessitano di essere realizzati , ponendo al centro i bisogni complessi delle persona e della sua famiglia, tenendo ben presente la progressiva e totale perdita dell'autosufficienza e la necessità di supporto e sostegno.

Privilegiando là ove possibile il domicilio, il Percorso individua un setting residenziale quale il Nucleo di Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC).

### **Contesto**

La Regione Piemonte vuole concretizzare di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza dei pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei loro familiari.

### **Obiettivo qualitativo**

Garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, al fine di offrire una cura mirata, che mantenga il soggetto nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento.

### **Obiettivo quantitativo**

Mantenimento e potenziamento del convenzionamento di pazienti in Nuclei di Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC).

### **Tempi**

L'arco temporale per l'attuazione degli obiettivi qualitativi e quantitativi è stimato in 24 mesi

### **Indicatori**

Nella regione Piemonte la prevalenza di persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica, Charcot-Marie-Tooth, Corea di Huntington è di 6/100.000 abitanti pari a 452 persone nel 2012.

Tasso di copertura della popolazione di riferimento

$$Tc = Ie/Pop$$

Numeratore [Ie]: numero di persone in convenzione con nel Sclerosi Laterale Amiotrofica, Charcot-Marie-Tooth, Corea di Huntington 2012

Denominatore [ Pop ]: persone con con Sclerosi Laterale Amiotrofica in Piemonte nel 2012

L'atteso: almeno il 10% di persone con Sclerosi Laterale Amiotrofica, Charcot-Marie-Tooth, Corea di Huntington nel 2012 in convenzione con il SSR in strutture residenziali.

### **Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori**

Aziende Sanitarie Ospedaliere, Aziende Sanitarie Locali [in particolare i Distretti e le Unità di Valutazione (Geriatrica, della Disabilità, Minori)] , Sportello Unico Socio-Sanitario.

### **Articolazione del progetto**

Le Aziende Sanitarie Locali dovranno favorire percorsi di cura ed assistenza specifici e flessibili per le persone pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti, all'interno di un approccio globale a tali patologie, in coerenza con il Piano Socio-Sanitario 2012-2015 e con gli obiettivi socio-sanitari definiti dagli strumenti di programmazione locale, nel rispetto di una omogenea distribuzione sul territorio di ogni Azienda Sanitaria Locale.

## **Linea Progettuale 2b Non autosufficienza**

### **Titolo del progetto:**

***Centri Diurni Alzheimer e Nuclei Alzheimer Temporanei quali nodi socio-sanitari della rete assistenziale all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena***

Referente:

**Dott.ssa Franca Lovaldi**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**e-mail: franca.lovaldi@regione.piemonte.it**

Durata progetto:

**2012-2013**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 19.784.988,00=**

Spesa stimata anno 2012:

**€ 10.136.239,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

La D.G.R. n. 38-11189 del 6 aprile 2009 "Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da morbo di Alzheimer ed altre demenze" rappresenta un primo passo nella definizione di alcuni servizi socio-sanitari all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena, intervenendo con una serie di servizi volti ad offrire cure, assistenza ed una migliore qualità della vita per le persone affette da demenza.

Nella maggioranza dei casi le persone affette da Alzheimer e da altre demenze sono assistite e curate a casa dove la famiglia rappresenta il principale supporto.

Con il progredire della malattia la "gestione" del malato diviene sempre più difficile e gli interventi di cura e assistenza domiciliare non sono, talora, sufficienti a sostenere le famiglie. Può quindi essere necessario il ricorso a servizi socio-sanitari semiresidenziali - quali il Centro Diurno Alzheimer (C.D.A.) - oppure residenziali, ricorrendo al Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) nei casi di disturbi comportamentali importanti.

Il provvedimento definisce, pertanto, l'assetto organizzativo e gestionale del C.D.A. e del N.A.T.

Il C.D.A. è una struttura a carattere semiresidenziale, che ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della

persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

Il N.A.T. ha lo scopo di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie.

Tali soggetti possono giovare, presso il suddetto nucleo, di uno specifico ambiente assistenziale con progetti mirati al reinserimento nel precedente o all'inserimento in un nuovo percorso di cura, dopo un periodo di ospitalità temporanea. Pertanto, il N.A.T. integra il modello di residenzialità per anziani non autosufficienti, quando il livello delle prestazioni non è sufficiente a garantire una corretta assistenza.

Anche per il volontariato, che in tutte le sue sfaccettature ed ambiti di intervento, è un valore aggiunto e irrinunciabile della nostra società, e offre spesso adeguata ed appropriata collaborazione sia nelle strutture sociosanitarie sia al domicilio, ogni struttura può organizzare momenti formativi e di aggiornamento eventualmente anche attraverso i Centri di Servizio per il Volontariato.

Analogamente al ruolo svolto dal centro diurno per i malati psichiatrici, anche il centro diurno Alzheimer ha una valenza terapeutica e non è, pertanto, da considerarsi alla stregua di servizio di mera "badanza". Esso rappresenta un'occasione importante d'intervento medico e di riabilitazione per l'utente.

E', altresì, dimostrato dalle esperienze similari ultraventennali, maturate in ambito sanitario con i centri diurni per i malati psichiatrici e in ambito assistenziale con i centri diurni per i soggetti con disabilità intellettiva, che la possibilità di frequentare una struttura diurna riduce sensibilmente il ricorso al ricovero in struttura residenziale, con notevoli vantaggi per la collettività e benefici indiscussi per l'interessato e la sua famiglia.

Parimenti alle suddette esperienze, anche quelle dei centri diurni per demenze nelle Aziende Sanitarie Locali piemontesi dimostrano una riduzione e una posticipazione sensibile al ricovero in struttura dei soggetti che presentano tali patologie, ottemperando agli obiettivi di appropriatezza delle cure e di ottimizzazione delle risorse .

Sia il Centro Diurno Alzheimer sia il Nucleo Alzheimer Temporaneo (N.A.T.) sono inseriti nella rete dei servizi territoriali in collegamento con le Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.), le Unità di Valutazione Alzheimer (U.V.A.) e il Medico di Medicina Generale (M.M.G.).

### **Contesto**

A fronte di una patologia così impattante sulla persona ed il suo contesto familiare si afferma sempre più la necessità di tutelare e offrire alle persone affette da Morbo di Alzheimer e altre demenze percorsi di cura ed assistenza specifici e flessibili.

### **Obiettivo qualitativo**

Il Centro Diurno Alzheimer ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

Il Nucleo Alzheimer Temporaneo. ha lo scopo di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie. Tali soggetti possono giovare, presso il suddetto Nucleo, di uno specifico ambiente di cura e di assistenza con progetti mirati al reinserimento nel setting precedente o all'inserimento in un nuovo percorso di cura, dopo un periodo di ospitalità temporanea

### **Obiettivo quantitativo**

Mantenimento e possibile potenziamento del convenzionamento di persone affette da Morbo di Alzheimer e altre demenze in CDA e in NAT a seguito della emanazione della D.G.R. 38-11189 del 6 aprile 2009

### **Tempi**

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

### **Indicatori**

La letteratura scientifica identifica una percentuale di persone affette da Alzheimer e altre demenze circa del 5% degli ultrasessantacinquenni.

Tasso di copertura della popolazione di riferimento (5% della popolazione anziana =e>65),

$$T_c = I_e / \text{Pop}(5\% \text{ della pop } =e>65)$$

Numeratore [I<sub>e</sub>]: numero di persone in convenzione in CDA e NAT nel 2012

Denominatore [Pop (5% = e > 65)]: il 5% di anziani ultrasessantacinquenni residenti in Piemonte nel 2012

**L'atteso:** almeno lo 0,9% di persone affette Alzheimer e altre demenze in convenzione presso CDA e NAT nel 2012

### **Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori**

Sportello Unico Socio-Sanitario, Medico di Medicina Generale, Unità di Valutazione Alzheimer, Unità di Valutazione Geriatrica.

### **Articolazione del progetto**

Le Aziende Sanitarie Locali dovranno favorire percorsi di cura ed assistenza specifici e flessibili per le persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze anche attraverso i Centri Diurni Alzheimer e Nuclei Alzheimer Temporanei quali nodi socio-sanitari della rete assistenziale all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena, in coerenza con gli obiettivi socio-sanitari definiti dagli strumenti di programmazione locale, nel rispetto di una omogenea distribuzione sul territorio di ogni Azienda Sanitaria Locale, anche in relazione ai posti già esistenti

## **Linea Progettuale 2c Non autosufficienza**

### **Titolo del progetto:**

***Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome.***

Referente:

**Dott.ssa Franca Lovaldi**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Pianificazione e Assetto Istituzionale del SSR**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**e-mail: franca.lovaldi@regione.piemonte.it**

Durata progetto:

## **2012-2013**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 19.784.988,00=**

Spesa stimata anno 2012:

**€ 8.000.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

La D.G.R. n. 62 – 13647 del 22 marzo 2010 ha istituito il Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome.

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

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

La Locked-in Syndrome (LIS) è una sindrome di de-efferentazione con assoluta immobilità ad eccezione di quella oculare, con coscienza e sensibilità conservata e presenza di chiara consapevolezza di sé e dell'ambiente. Si presenta in vari stadi. Il più grave permette al paziente la sola comunicazione con lo sguardo tramite i movimenti oculari sul piano verticale e l'ammiccamento. La causa più frequente è una lesione a livello del ponte encefalico da occlusione dell'arteria basilare. Tale condizione può realizzarsi anche in caso di gravi cerebrolesioni acquisite traumatiche; condizioni assimilabili alla LIS possono verificarsi anche nell'evoluzione di altri quadri.

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

1. Setting Ospedaliero attraverso, la costituzione di Unità Stati Vegetativi in strutture ospedaliere;
2. Setting Territoriali, distinti in:
  - a) Residenziale, attraverso l'attivazione di Nuclei Stati Vegetativi (NSV) e di Nuclei Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC) in strutture residenziali socio sanitarie o Case di Cura accreditate;
  - b) Domiciliare, [oggetto di specifico provvedimento D.G.R. n. 56 - 13332 del 15 febbraio 2010 "Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungoassistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore ai 65 anni"].

Al termine della fase acuta, definita la diagnosi di S.V., il soggetto è inserito nel Percorso dedicato e trasferito presso una delle strutture di U.S.V. per Stati Vegetativi e per Stati di Minima Coscienza non eligibili alla riabilitazione di III Livello Cod. 75.

Nella fase di cronicità il percorso prevede la possibilità di inserimento in Nuclei Stati Vegetativi (NSV) per soggetto in Stati vegetativi o Stati di Minima Coscienza o in Nuclei di Alta Complessità Neurologica Cronica (NAC), questi ultimi prioritariamente per soggetti con LIS o con Sclerosi Laterale Amiotrofica in fase terminale, altresì per soggetti con coscienza conservata assimilabili alla LIS per quadro motorio.

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

### **Contesto**

La Regione Piemonte vuole concretizzare di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza dei soggetti in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza o Locked-in Syndrome, malati cronici e particolarmente vulnerabili, attraverso il perfezionamento e la diversificazione sanitaria e socio-sanitaria, al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei loro familiari

### **Obiettivo qualitativo**

Garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni soggetto in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza o Locked-in Syndrome, al fine di offrire una cura mirata, che mantenga il soggetto nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento

### **Obiettivo quantitativo**

Mantenimento e possibile potenziamento del convenzionamento presso Nuclei di Stati Vegetativi di persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza

### **Tempi**

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

### **Indicatori**

Nella regione Piemonte la prevalenza di Stati vegetativi e di Minima coscienza è di 5,2/100.000 abitanti pari a 232 persone nel 2012.

Tasso di copertura della popolazione di riferimento

$$Tc = Ie/Pop$$

Numeratore [Ie]: numero di persone in convenzione in Nuclei Stati Vegetativi nel 2012

Denominatore [ Pop ]: persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza in Piemonte nel 2012

**L'atteso:** almeno il 22% di persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza in convenzione presso Nuclei Stati Vegetativi nel 2012

### **Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori**

Aziende Sanitarie Ospedaliere, Aziende Sanitarie Locali [in particolare i Distretti e le Unità di Valutazione (Geriatrica, della Disabilità, Minori)] , Sportello Unico Socio-Sanitario

### **Articolazione del progetto**

Le Aziende Sanitarie Locali dovranno favorire percorsi di cura ed assistenza specifici e flessibili per le persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza anche i Nuclei di Stati Vegetativi quale nodo socio-sanitario della rete assistenziale, all'interno di un approccio globale alle gravi cerebrolesioni acquisite, in coerenza con il Piano Socio-Sanitario 2012-2015 e con gli obiettivi socio-sanitari definiti dagli strumenti di programmazione locale, nel rispetto di una omogenea distribuzione sul territorio di ogni Azienda Sanitaria Locale, anche in relazione ai posti già esistenti

## **Linea progettuale 4 Cure Palliative e Terapia del Dolore**

**Titolo del progetto:**  
***Programma regionale di Cure Palliative***

Referente:

**Dott.ssa Raffaella Ferraris**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email: raffaella.ferraris@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**continua**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 8.243.745,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 4.121.872,50=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

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

In particolare:

- **Cure palliative rivolte ai malati non oncologici**

Al momento, l'applicazione delle Cure Palliative rivolta a malati adulti non affetti da patologia oncologica è molto limitata. Sono attive alcune esperienze relative all'assistenza a domicilio di malati con patologie neurologiche (prevalentemente SLA), ma soltanto in alcune aree della regione (Biella, una parte della Provincia di Cuneo, alcune aree del torinese). In ogni caso, la copertura del bisogno è ancora insufficiente, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza alle persone anziane che si avviano alla fine della vita. Scopo, tra i principali del programma, è quello di estendere la copertura a questa tipologia di malati.

- Sviluppo delle Cure Palliative pediatriche sul territorio regionale

Considerate le specifiche esigenze di cure palliative nell'età neonatale, pediatrica ed adolescenziale e tenuto conto della considerevole diversità dei problemi da affrontare rispetto a quelli presenti nell'età adulta e negli anziani, è necessario lo sviluppo di una rete specifica per questa età, volta ad assicurare la miglior qualità della vita per i bambini affetti da patologia cronica incurabile (tale da non permettere di raggiungere l'età adulta) Si parla quindi di "prendersi cura" del bambino e della sua famiglia e di distinguere le cure palliative pediatriche dalle cure di fine vita, consistendo nella presa in carico totale dalla diagnosi, del corpo, della mente e dello spirito del bambino e della sua famiglia (WHO).

In assenza di una precisa analisi territoriale, in considerazione dell'ampia variabilità delle patologie coinvolte, si considerano i dati del documento tecnico ministeriale, che descrive la mortalità annuale da 0-17 anni, per patologia inguaribile, è di 1:10.000. (dati Inghilterra) e la prevalenza di patologie inguaribili, nella stessa fascia di età di 10:10000, di cui il 30% di pazienti oncologici ed il

70% di patologia cronica varia, in particolare malattie neurodegenerative, metaboliche e genetiche. In ambito regionale è attiva la rete dell'insufficienza respiratoria cronica in età evolutiva, che segue 430 pazienti (dati al dicembre 2008), con patologia cronica incurabile, di cui 120 neuromuscolari, 190 fibrocistici, 97 con patologie rare complesse, per lo più metaboliche e 24 senza diagnosi definitiva.

La tipologia dei bisogni dei pazienti in età evolutiva affetti da patologia cronica inguaribile e delle loro famiglie è stata descritta da numerosi lavori scientifici, che riportano indagini, esperienze e riflessioni della realtà nazionale ed internazionale. In particolare, si sottolineano alcuni punti comuni, come riportato dall'allegato a) del documento tecnico ministeriale:

- le famiglie vogliono che il loro bambino venga curato a casa e vi rimanga fino alla morte
- il bambino vuole rimanere a casa
- l'accessibilità ad eventuali servizi di cure palliative pediatriche è spesso determinata dal luogo dove il bambino vive e dal tipo di patologia

L'esperienza piemontese di domiciliazione di bambini con patologia incurabile grave, dipendenti da tecnologia per la sopravvivenza è in accordo con queste osservazioni. Ad oggi, i care giver di questi bambini trovano sostegno socio-sanitario ancora diversificato a seconda della zona del territorio ove abitano. Anche se nel corso di questi 5 anni di esperienza della rete dell'insufficienza respiratoria cronica, queste disuguaglianze si sono ridotte, l'uniformità a livello territoriale non è ancora raggiunta

Negli ultimi anni, inoltre, si sta delineando un "ritorno" ad una tipologia di intervento meno terapeuticamente aggressivo, in alcune patologie gravi non oncologiche, ma più rivolto verso un sostegno della vita residua ed un controllo della sintomatologia dolorosa, a qualunque livello di manifestazione clinica. Anche in questo tipo di scelta, il bisogno della famiglia viene espresso favorevolmente per il sostegno a domicilio, psicologico, spirituale, sociale e sanitario. Sono da evidenziare però, anche i bisogni della parte "sana" della famiglia, che spesso viene negata per la gravità clinica del bambino malato. In particolare la figura della Madre, spesso "care giver" obbligato, il rapporto di coppia dei genitori, i fratelli e le sorelle sane.

La disponibilità di "servizi di sollievo" (Hospice) è quindi essenziale e va prevista in una rete di cure palliative pediatriche.

Il progetto prevede l'istituzione di una rete regionale di cure palliative specifica per l'età neonatale, pediatrica ed adolescenziale con le seguenti caratteristiche:

- il coordinamento è regionale
- sono individuati due centri di riferimento regionali (AO Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio OIRM e AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria – Presidio C. Arrigo)
- l'equipe di riferimento è composta da specialisti con comprovate capacità nei diversi campi attinenti le cure palliative pediatriche (palliatologo, intensivista, neonatologo, pneumologo, esperto in malattie rare, oncologo....)
- gli aspetti sociali assumono un'importanza rilevante e verranno gestiti anche in collaborazione con il volontariato sociale
- l'informazione e la formazione degli operatori presenta caratteristiche di continuità e verrà coordinata a livello regionale
- l'istituzione delle strutture residenziali – Hospice- è nodo fondamentale della rete  
In particolare, l'Hospice è inteso come struttura di sollievo per il bambino e la famiglia e luogo privilegiato della formazione continua degli operatori di territorio, ove la comunicazione tra professionisti, famiglie, parti sociali e territorio, in generale, viene implementata e trova la sua massima espressione. E' previsto un flusso bidirezionale tra hospice e domicilio, ove la struttura ospedaliera si pone come anello necessario, ma sporadicamente coinvolto, secondo protocolli ben definiti.

Il progetto si svilupperà in tre fasi:

- istituzione del coordinamento regionale e del tavolo di esperti e formazione degli operatori territoriali a tutti i livelli di disciplina e professioni coinvolte  
Per questo è necessario prevedere un preciso piano informativo e formativo, che si avvalga anche di strumenti quali la formazione a distanza (FAD), per raggiungere il numero più alto di operatori.

In quest'ottica si pone inoltre, un progetto di telemedicina, finalizzato al sostegno degli operatori, oltre che delle famiglie, dedicato inizialmente alla rete regionale dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica che permette la registrazione di parametri clinici del paziente e la trasmissione al centro di riferimento, ove un esperto in collaborazione con il servizio cure domiciliari (infermieri, medico di famiglia) e/o il care giver, può verificare regolarmente lo stato clinico del bambino. Lo scopo (oltre a mantenere il paziente a domicilio il più a lungo possibile, evitando ospedalizzazioni inutili e migliorando così la qualità della vita, intercettando anche l'insorgere di riacutizzazioni) è quello di "far crescere" le competenze del territorio nella gestione del bambino con malattia grave, a casa. La telemedicina diventa quindi una "scuola" per gli operatori del territorio ed uno strumento di formazione continua.

Sarà inoltre compito del gruppo di coordinamento l'analisi della numerosità e tipologia dei pazienti residenti in Regione, affetti da patologia cronica incurabile, che possano giovare dell'inserimento nella rete di cure palliative

- individuazione della locazione della/e strutture di sollievo (Hospice) ed avvio dei lavori di adeguamento
- sviluppo capillare della rete territoriale, strettamente collegato al piano formativo, con integrazione tra rete formale ed informale (associazioni e fondazioni operanti nel sociale) che può permettere di affrontare questo problema ottimizzando le risorse disponibili a livello territoriale.

#### **Sviluppo di programmi di formazione per le cure palliative sul territorio regionale**

La formazione, intesa come meccanismo organizzativo secondario, sviluppa le logiche di lavoro e tende a costruire legami, necessari alla creazione delle reti, sia dei servizi locali, che a livello regionale a diffondere una cultura sinergica dei differenti servizi.

Sulla base dello sviluppo dei servizi di cure palliative, e in armonia con quanto previsto dalle Linee guida regionali sulle Cure Palliative, dell'aumento dell'esercizio delle cure palliative in differenti sedi sanitarie, si rende necessario mantenere un sistema stabile di formazione dei professionisti che abbia come scopo primario:

1. mantenere stabile uno standard di aggiornamento sul tema delle cure palliative per coloro che si sono già appropriati di una formazione in cure palliative (master, o altri corsi) (vedi allegato delle linee guida Cure Palliative regionali);
2. aggiornare il personale delle sedi che potrebbero beneficiare dell'azione dei servizi di cure palliative per inviare tempestivamente i pazienti
3. formare in maniera interdisciplinare e con modalità idonee alla formazione per l'adulto (didattica attiva, interprofessionalità, residenzialità) gruppi di professionisti operanti in settori molto affini e coincidenti con i servizi di Cure Palliative (domicilio, hospice, ambulatorio);
4. Sperimentare moduli formativi rispondenti alla normativa, relativi ai dirigenti e coordinatori dei servizi di cure palliative.
5. Costruire una cultura di rete di cure palliative a livello regionale

#### **Sviluppo omogeneo delle Reti locali di Cure Palliative su tutto il territorio regionale**

Lo sviluppo delle Reti locali di Cure Palliative è ancora disomogeneo sul territorio regionale. E' necessario favorire in tutti i modi lo sviluppo di Reti locali di Cure Palliative su tutto il territorio regionale, con garanzia di qualità eccellente dell'assistenza erogata e di adeguata copertura del bisogno, anche per quanto riguarda l'assistenza a malati alla fine della vita per patologie croniche non oncologiche. A questo scopo si prevede un finanziamento regionale specifico, vincolato alla presentazione da parte delle singole ASL regionali di Progetti di sviluppo e consolidamento della Rete locale di Cure Palliative che presentino contemporaneamente tutte le seguenti caratteristiche:

- Garanzia della disponibilità sul territorio della ASL dei tre livelli previsti dalla normativa nazionale e regionale per le Reti di Cure Palliative (ambulatoriale, domiciliare, ricovero in hospice) e mantenimento della continuità assistenziale attraverso l'integrazione delle diverse opzioni in un unico piano assistenziale
- Operatività di una Struttura Organizzativa di Cure Palliative (UOCP), con personale medico e infermieristico dedicato esclusivamente a questa attività, con funzioni di erogazione e coordinamento unitario delle attività della Rete, anche in rapporto ad una positiva

integrazione delle attività svolte eventualmente sul territorio da Organizzazioni non profit per le Cure Palliative

- Implementazione di programmi specifici di sviluppo delle Cure Palliative domiciliari secondo quanto previsto dalla normativa regionale, in particolare dalla D.G.R. n. 15-7336 del 14/10/02
- Utilizzo nelle attività della Rete locale di Cure Palliative di tutte le professionalità previste dalla normativa regionale, in particolare di medici, infermieri, psicologi con formazione specifica per questo tipo di attività
- Almeno 1 Progetto di sviluppo di attività di Cure Palliative domiciliari rivolte a malati alla fine della vita non affetti da patologie oncologiche
- Raggiungimento dello standard di copertura del bisogno di Cure Palliative sul territorio della ASL secondo quanto previsto dalla normativa nazionale (almeno il 65% di tutti i morti per cancro assistiti a domicilio e/o in hospice)

### **Contesto**

Territorio regionale, all'interno del quale si esplica la Rete regionale delle Cure Palliative, così come definita dalla L. 38/2010

### **Obiettivi**

Piena attuazione della L. 38/2010. in particolare:

- **Obiettivo qualitativo**

Implementazione dell'appropriatezza delle prestazioni di cure palliative sul territorio regionale

- **Obiettivo quantitativo**

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

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

18 mesi

### **Costi connessi**

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

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

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

10) Numero di medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta formato in cure palliative nel corso di 12 mesi

## **Linea progettuale 4 Cure Palliative e Terapia del Dolore**

**Titolo del progetto:**  
***Programma regionale di Terapia del Dolore***

Referente:

**Dott.ssa Raffaella Ferraris**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email: raffaella.ferraris@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**continua**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 8.243.745,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 4.121.872,50=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

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

In particolare:

Il progetto vuole definire un modello strutturale, clinico ed organizzativo, ripetibile ed adattabile alle diverse realtà della sanità piemontese, in linea con la legge 38/2010.

Contenuto generale del progetto è quello di attuare la rete di cure del dolore cronico, separata dalle cure palliative come da indicazioni nazionali e regionali, sul modello Hub and Spoke, definito dalla D.G.R. 29/2012 sopra citata.

In sintesi, si vuole ottenere l'attuazione dell'articolazione delle strutture di Terapia del Dolore della regione Piemonte secondo i criteri di:

- Diversa complessità dell'offerta di metodologie di diagnosi
- Diversa complessità dei percorsi di trattamento
- Diversa complessità della gestione del paziente

### **Bacino di utenza**

Il bacino di utenza potenziale è risultato essere su base regionale di 600.000 soggetti, su un totale di circa 4.500.000 abitanti.

### **Elementi caratterizzanti il modello**

Il quadro organizzativo dei modelli HUB and Spoke è costituito da:

- standard di struttura
- standard di personale espresso in ore /lavoro

- standard di attività (es. attività ambulatoriale, attività in DH, ricovero ordinario, attività ambulatoriale di follow up)
- elenco prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

#### **Standard di processo**

- modalità di accesso
- gestione liste di attesa
- accettazione
- orari di apertura
- organizzazione prime visite
- organizzazione follow up e monitoraggio terapie
- accessibilità alle terapie farmacologiche, in regime di DH, ambulatorio e a domicilio
- accessibilità alle terapie con oppiacei, in regime di DH, ambulatorio e a domicilio
- appoggio ad altra Struttura (Spoke su HUB)
- consulenze on line

#### **Dotazioni e Apparecchiature necessarie**

- elenco minimo di dotazione apparecchiature per la struttura HUB e le strutture SPOKE
- utilizzo sala operatoria indicata in ore /settimana
- utilizzo ambulatorio indicato in ore/settimana
- letti di DH a disposizione: n. letti e n. ricoveri potenziali settimana

La qualità delle cure erogate al paziente e i relativi esiti devono essere visti come il prodotto dell'insieme di processi gestionali, amministrativi, clinici e di sostegno, correlati direttamente o indirettamente con le cure ricevute dai pazienti.

I valori di corrispondenza a standard prefissati possono essere utilizzati per diversi scopi:

1. Accertare che le attività svolte siano coerenti con gli obiettivi generali e specifici e che i risultati attesi siano stati effettivamente raggiunti, secondo requisiti predefiniti di efficienza e di qualità;
2. Monitorare i risultati conseguiti per coglierne le variazioni nel tempo e per confrontarli con i valori relativi ad altre strutture simili, anche mediante il consolidamento di esperienze di benchmarking, in modo da evidenziare le possibili aree di miglioramento e concentrare l'attenzione su di esse;
3. Dare ai cittadini in generale ed ai pazienti in particolare tutte le informazioni utili per confrontare il tipo e la qualità delle prestazioni offerte, al fine di individuare le strutture che offrono le migliori garanzie in ordine ai risultati attesi;
4. Correlare lo sforzo organizzativo a livelli di performance effettiva ottenuta sui pazienti con dolore, misurabile e riproducibile nel tempo, in modo da rispondere al bisogno espresso in termini di qualità di vita attesa e ottenuta.

#### **Contesto**

Territorio regionale, all'interno del quale si esplica la Rete regionale della Terapia del Dolore, così come definita dalla L. 38/2010

#### **Obiettivi**

Piena attuazione della L. 38/2010. in particolare:

- **Obiettivo qualitativo**

Implementazione dell'appropriatezza delle prestazioni di terapia del dolore sul territorio regionale

- **Obiettivo quantitativo**

Estensione dell'offerta delle prestazioni appropriate in terapia del dolore, su tutto il territorio regionale.
--

#### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

18 mesi

#### **Costi connessi**

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

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

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

**Linea progettuale 5  
Interventi per le biobanche di materiale umano**

**Titolo del progetto:**

***Consolidamento presso l'A.O. "Città della Salute" di Torino della Biobanca e delle Banche di tessuto Regionali e dei laboratori di produzione cellulare***

Referente:

**Dott.ssa Maria Maspoli**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email: maria.maspoli@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**annuale**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 1.236.562,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 1.236.562,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

Con la realizzazione dell'AO Città della Salute e della Scienza, la Regione Piemonte ha di fatto concentrato in questo ospedale la quasi totalità delle strutture che fanno parte della rete trapianti delle Regione. In particolare in questo polo sono operative le Banche di Tessuto già istituite a livello Regionale, ed è sempre in questa Azienda che si intende porre lo sviluppo delle attività di medicina rigenerativa. Inoltre, dalla riorganizzazione delle attività di laboratorio, è pure emersa la necessità di integrare in un'unica struttura le collezioni di campioni biologici che a titolo diverso sono state raccolte nelle diverse Unità del nuovo ospedale.

Il progetto che si intende dunque svilupparsi nel 2012 vuole

a) sostenere lo sviluppo delle biobanche a scopo terapeutico, principalmente delle banche di sangue di cordone e di Tessuto Muscolo-Scheletrico. Poiché le normative europee e nazionali impongono un continuo adeguamento di queste strutture, si è avviato un confronto per avviare un'integrazione delle Banche di Tessuto che ora vengono ad essere collocate all'interno della stessa Azienda Ospedaliera. In particolare, per la Banca del Tessuto Muscolo-Scheletrico si vuole dotarla anche di un laboratorio in classe B dove operare la manipolazione dei tessuti, e per la

Banca di sangue cordonale, risolvere alcune criticità emerse essenzialmente per la criobiologia, anche rilevate dalle ispezioni dell'Authorities competenti (Centro Nazionale Trapianti e Centro Nazionale Sangue)

b) sviluppare attività di terapie cellulari attraverso lo sviluppo di una rete regionale. La nuova Azienda deve coordinare le funzioni che sviluppino "terapie cellulari", svolte dalle banche dei tessuti e dal programma di trapianto di insule pancreatiche, nonché promuovere l'attivazione di cell factories al servizio delle diverse strutture assistenziali regionali che hanno la necessità di avvalersi di tali prodotti. Anche in questo caso si vuole razionalizzare ed integrare le progettualità che erano state sviluppate dalle AO confluite nella Città della Salute. In particolare è completata la realizzazione della Cell Factory del Presidio OIRM, mentre è in fase di allestimento quella del Presidio CTO. Si tratta ora di coordinare lo sviluppo di terapie cellulari di competenza delle altre Banche all'interno delle strutture già sviluppate

c) consolidare lo sviluppo ed il governo della rete di Biobanche presenti nei diversi presidi della nuova AO Città della Salute e della Scienza per razionalizzare la conservazione di materiale biologico per motivi diagnostici o di ricerca. In particolare si intende continuare nella realizzazione di un deposito centralizzato per conservare i campioni biologici di interesse dei pazienti ricoverati presso l'ospedale Piemontese di maggiore rilevanza, vale a dire l'AO Città della Salute e della Scienza di Torino, sviluppando un sistema integrato per la loro tracciabilità, conservazione ed utilizzo corredando dei dati clinici e di laboratorio di interesse ogni campione raccolto. Tale banca costituisce un patrimonio di utilizzo per attività di ricerca e sviluppo, sia di gruppi interni all'Ospedale, sia esterni ad esso, comprese altre aziende pubbliche.

### **Contesto**

La Regione Piemonte ha di recente approvato il PSSR 2012-2015, con DCR 167-14087, disponendo l'istituzione dell'AO Città della Salute e della Scienza di Torino, con la fusione di 3 AO dello stesso comprensorio (AOU S.Giovanni Battista di Torino, AO OIRM S.Anna e AO CTO/M.Adelaide). Di fatto, gran parte della rete di trapianto si colloca in questa nuova Azienda.

Bisogna infatti tenere in considerazione che in questa nuova Azienda sono istituite la quasi totalità delle banche a scopo terapeutico presenti in Regione ovvero:

Banca della cute, presso l'Azienda Ospedaliera CTO/CRF/M.Adelaide di Torino (D.G.R. n. 27-29929 del 13 aprile 2000)

La Banca della Cute di Torino è il Centro di Riferimento Regionale per la Conservazione della Cute, con il compito di raccogliere, processare, conservare e distribuire tessuto cutaneo prelevato da donatore multiorgano e multitessuto. Attiva fin dal 1999, è struttura accreditata CNT ed è una delle 5 banche riconosciute a livello nazionale. Nata esclusivamente per fare fronte alle richieste del Centro Grandi Ustionati di Torino, la Banca ha visto modificarsi il proprio ruolo nel corso del tempo, di pari passo con il progresso dell'esperienza dell'utilizzo clinico della cute di donatore.

Banca del sangue placentare e cellule staminali, presso l'Azienda Ospedaliera OIRM/S.Anna di Torino (D.G.R. n. 18-752 del 31 agosto 2000).

La banca di sangue placentare Piemontese (TCBB) è una delle 17 banche attive sul territorio nazionale, afferenti alla rete Italiana delle Banche pubbliche di sangue placentare (Italian Cord Blood Network) coordinata dal Centro Nazionale Sangue in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti. Il sangue placentare è una consolidata fonte di CSE, alternativa al midollo osseo e al sangue periferico per la terapia di tutte le malattie curabili con trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE); infatti negli ultimi anni il 21% dei trapianti è stato effettuato nel mondo utilizzando il sangue placentare quale fonte di CSE.

Banca dei tessuti muscolo-scheletrici, presso l'Azienda Ospedaliera CTO/CRF/M.Adelaide di Torino (D.G.R. n. 20-1133 del 23 ottobre 2000; D.G.R. n. 97-10263 del 1 agosto 2003).

L'osso da donatore vivente ed i tessuti muscolo-scheletrici da donatore cadavere sono indispensabili per trattare pazienti affetti da patologie caratterizzate da perdita di massa ossea e di tessuti connettivi in ambito soprattutto ortopedico, neurochirurgico, odontoiatrico e maxillo-facciale. L'aumentato utilizzo ha determinato la necessità di disporre di grandi quantitativi di tessuti muscolo-scheletrici che per legge vengono raccolti, conservati e distribuiti da una Banca, che ha il compito di garantirne la qualità e sicurezza dal momento del prelievo fino al momento in cui

vengono usati come allotrapianti o innesti. La BTM di Torino è una delle cinque BTM esistenti in Italia e dal settembre 2004 è accreditata come Banca Europea dal Ministero della Salute Italiano. Dal 2000 fino a settembre 2004 l'attività della BTM è stata concentrata sul prelievo di osso chirurgico da donatore vivente. Dal settembre 2004 la BTM ha iniziato il prelievo dei tessuti muscolo-scheletrici da donatore cadavere (multiorgano o multitessuto). E' stato così possibile prelevare: interi segmenti di osso comprendenti anche la parte articolare con le inserzioni capsulari e tendinee (allotrapianto osteocondrale); i tessuti connettivi come la fascia lata, i tendini (per esempio, il tendine rotuleo, il tendine d'Achille, il tendine del tibiale anteriore-posteriore, i tendini della zampa d'oca) ed i menischi del ginocchio.

Banca delle cornee, presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista di Torino (D.G.R. n. 51-3035 del 21 maggio 2001). La Banca delle Cornee della Regione Piemonte (che è una delle 15 banche del SSN) è stata certificata dal Centro Nazionale Trapianti per la prima volta nel 2005, e la certificazione nazionale è stata riconfermata dopo l'audit di dicembre 2007.

Gli obiettivi che la Banca delle Cornee si pone rispetto all'attività di raccolta, selezione e distribuzione dei tessuti sono a) la riduzione dei tempi d'attesa del trapianto, legati alla disponibilità dei tessuti; la garanzia della sicurezza dei tessuti, per assicurare il minor rischio possibile di trasmissione di patologie dal donatore al ricevente; e c) la garanzia della qualità dei tessuti, per assicurare che il trapianto sia ottimale e duraturo. Presso questa banca è stato pure collocato il laboratorio di purificazione e conservazione di paratiroidi, allo scopo di garantire la funzione di secrezione degli ormoni paratiroidei, mediante autotrapianto, qualora la paratireoidectomia per correggere una iperplasia delle ghiandole paratiroidea sia risultata eccessiva.

Banca delle valvole cardiache e dei segmenti vascolari umani presso l'Azienda Ospedaliera OIRM/S.Anna di Torino (D.G.R. n. 28-8861 del 31 marzo 2003). È una delle 5 banche riconosciute a livello nazionale. L'utilizzo di valvole umane rispetto a quelle biologiche trova applicazione preferenziale nelle sostituzioni valvolare durante lo sviluppo o la gravidanza, o in caso di infezioni di protesi precedentemente inserite. Pure i segmenti vascolari umani trovano applicazione in differenti casi dove la soluzione protesica non dia sufficienti garanzie di successo.

Solo la Banca delle membrane amniotiche, finalizzata al rilascio di patch per interventi oculistici, è collocata presso altra Azienda ospedaliera (l'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo - D.G.R. n. 20-8711 del 17 marzo 2003).

La Regione Piemonte con propria deliberazione n. 27-8060 del 21/01/2008 ha proceduto anche all'istituzione del Centro Regionale di Medicina Rigenerativa (CRMR), assegnandone la relativa funzione all'AOU San Giovanni Battista di Torino e con deliberazione n. 20-13606 del 22 marzo 2010, ha dato mandato all'AOU S.G. Battista di Torino di procedere alla definizione degli atti e delle procedure necessarie a dare pieno avvio al CRMR nel rispetto degli obiettivi e delle disposizioni contenuti in questo provvedimento e negli altri atti di riferimento, definendo quali attività dovranno essere svolte nelle Cell factories regionali. La Regione ha infatti specificato che il CRMR deve coordinare le funzioni che sviluppino "terapie cellulari", svolte dalle banche dei tessuti e dal programma di trapianto di insule pancreatiche, nonché promuovere l'attivazione di cell factories al servizio delle diverse strutture assistenziali regionali che hanno la necessità di avvalersi di tali prodotti.

La Regione ha previsto, in particolare, l'attivazione, nell'ambito del CRMR, di una "Tissue and Cell Factory" (Fabbrica di Cellule e Tessuti) centralizzata, che risponda ai requisiti di GMP-GLP e sia in grado di introdurre nel mondo sanitario piemontese tecnologie e prodotti all'avanguardia della medicina, nel pieno rispetto della sicurezza per i pazienti durante gli studi clinici sperimentali e nel corso del trattamento terapeutico a regime.

## **Obiettivi**

- **Obiettivo qualitativo**

Rispondenza delle Banche di Tessuto agli standard Nazionali

Progetto di integrazione delle attività delle Banche di tessuto

Sviluppo di un progetto per il Bioconservatorio della Città della Salute e della Scienza

Sviluppo di una integrazione delle cell Factories e progettazione di nuove produzioni cellulari

- **Obiettivo quantitativo**

Incremento delle attività delle banche di tessuto

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

4.1. Banche Tessuto: 12 mesi per lo sviluppare un progetto di integrazione delle Banche e dare avvio agli adeguamenti strutturali. 24 mesi per una integrazione delle Banche che rispondano a migliori criteri di efficienza e di contenimento della spesa.

4.2 Biobanca: 12 mesi per identificare gli spazi dove allestire una biobanca unificata e dare avvio ai primi interventi di impiantistica ed alla acquisizione di strumentazioni. 24 mesi per la realizzazione della nuova struttura e della sua piena operatività

4.3 Cell Factory: 12 mesi per avviare uno dei laboratori di produzione cellulare. 12 mesi per sviluppare nel polo attivo di produzione, le attività di espansione e lavorazione cellulare più critiche. 24 mesi per l'attivazione della seconda cell factory e la sua piena integrazione con le altre attività di produzione cellulare.

**Costi connessi**

5.1. Banche Tessuto: € 433.000 per adeguamenti strutturali Banca Cordone e per adeguamenti Banca Testtuto Muscolo-Scheletrico.

5.2 Biobanca: € 383.000 per la realizzazione della nuova struttura e l'acquisizione di apparecchiature per la raccolta dei campioni ne relativa automazione.

5.3 Cell Factory: € 420.562 per completare gli impianti delle cell factories, adeguare strumentazioni, sviluppare ulteriori produzioni cellulari.

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

- Rispondenza ai requisiti delle biobanche, e superamento dell'Audit nazionale.
- Certificazione AIFA del CRMR
- Progetto di Bioconservatorio unico alla AO Città della Salute e della Scienza per la collezione di materiale biologico a scopo di ricerca e diagnosi
- Razionalizzazione nelle spese di consumo di azoto liquido e dell'acquisto e manutenzione dei congelatori a bassissima temperatura.
- Standardizzazione delle modalità di conservazione dei campioni biologici e delle informazioni cliniche relative
- Diminuzione dello scarto di materiale biologico per inidoneità alla conservazione
- Possibilità di tracciare tutto il materiale biologico in maniera sistematica e centralizzata

**Linea progettuale 8**

**Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita**

**Titolo del progetto:**

***Definizione delle attività dei consultori familiari della Regione Piemonte per il potenziamento della 'offerta attiva dei corsi di accompagnamento***

Referente:

**Dott.ssa Maria Maspoli**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email: maria.maspoli@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:  
**annuale**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012  
**€ 1.648.749,00=**

Spese stimate anno 2012  
**€ 824.374,50,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

I corsi di accompagnamento alla nascita vanno visti come occasione per realizzare la “coralità” del sostegno alla gravidanza (e successivamente alle cure del bambino) riacquisendo il valore della messa in comune di esperienze, unitamente alla possibilità di confronto tra il progetto di salute della donna/coppia con le evidenze scientifiche relative e con la disponibilità dei servizi del territorio di residenza. L'organizzazione di questo importante momento di promozione di salute della donna, del bambino, del nucleo familiare e di promozione di corretto rapporto famiglia servizi sanitari deve coinvolgere tutti gli operatori del percorso nascita in una riflessione comune sui messaggi irrinunciabili, sull'apertura ai familiari oltre al partner, sulle figure professionali utili alla completezza dei messaggi, sulle modalità di offerta attiva, sugli orari compatibili con la partecipazione dei partner e delle coppie straniere, sulla compartecipazione ai corsi dei servizi coinvolti nel percorso nascita.

### **Contesto**

Il progetto prevede:

- offerta attiva di CAN che coinvolgano il maggior numero di donne/copie residenti, organizzati in collaborazione/continuità tra territorio e ospedale di riferimento territoriale
- aumento della partecipazione delle coppie ai corsi e riduzione la diseguità nella frequenza tra donne italiane e straniere.

Al fine di rendere la donna capace di attivare la propria competenza a partorire e prendersi cura del proprio bambino, sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza delle sue scelte, promuovere salute all'interno del percorso nascita.

L'organizzazione dei CAN è in carico principalmente alle ASL o alle ASO che, in ogni caso, ne devono garantire l'espletamento in un progetto strutturato di continuità territorio – ospedale – territorio, in cui anche l'identificazione degli spazi fisici favorisca l'auspicata abitudine al ricorso ai servizi territoriali dedicati alle cure primarie.

### **Obiettivi**

Per garantire continuità e coerenza all'interno dei CAN si raccomanda che la conduzione sia affidata ad un'ostetrica o ad un piccolo gruppo di ostetriche che condividano la stessa filosofia assistenziale; altri professionisti possono collaborare con l'ostetrica su temi specifici, favorendo stili di vita sani e fisiologia del percorso nascita.

Le informazioni veicolate attraverso i CAN devono rispondere ai criteri di EBM, di condivisione tra tutti gli operatori dei DMI e con gli altri professionisti potenzialmente coinvolti nel percorso nascita o nella elaborazione di messaggi informativi (MMG, PLS, farmacisti, nutrizionisti, esperti di educazione alla salute, veterinari).

La programmazione dei CAN prevede un'offerta “di base” con riferimento ai contenuti esplicitati nell'Agenda di Gravidanza. L'offerta può essere integrata da eventuali incontri mirati a specifiche tematiche (come i gruppi di supporto per: la cessazione del fumo, i disordini alimentari, la corretta gestione degli animali domestici, etc) anche con diversa metodologia organizzativa.

Sulla base della letteratura disponibile e dell'esperienza della Regione Piemonte si raccomanda:

1. offerta attiva dei CAN, privilegiando donne/copie con difficoltà di accesso ai servizi a partire, preferibilmente, dal 2° trimestre:
2. monitoraggio delle donne in gravidanze all'interno dei consultori
3. attivazione degli ambulatori ospedalieri per il bilancio materno fetale a termine di gravidanza nel Punto Nascita scelto per il parto
4. alla dimissione dopo il parto invio della donna ai Punti di sostegno allattamento da attivare in più consultori in tutte le ASL
5. pianificazione di incontri anche dopo la nascita, con particolare attenzione alle situazioni di difficoltà
6. esplicitazione scritta degli obiettivi e modalità di svolgimento
7. conduzione interattiva promuovendo lo scambio tra pari inteso come elemento indispensabile e qualificante dei CAN
8. costituzione di gruppi non inferiori a 12 e non superiore a 20 donne per corso
9. apertura dei corsi alla partecipazione delle persone-risorsa per la gravida (partner, madre, amiche, ecc)

#### **Indicatori**

Il progetto sarà monitorato con l'adozione di strumenti di valutazione periodica attraverso la preparazione di questionari che rilevino gli indicatori di processo, di risultato, di esito e di gradimento dei partecipanti e anche grazie ai dati registrati nel Cedap.

### **Linea progettuale 8**

#### **Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita**

#### **Titolo del progetto:**

***Promozione della salute per la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza per le donne immigrate***

Referente:

**Dott.ssa Maria Maspoli**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email: maria.maspoli@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**annuale**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 1.648.749,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 824.374,50,00=**

#### **Sintesi del contenuto del progetto**

La migrazione non è una caratteristica dei nostri tempi ma è una costante nell'evoluzione del mondo. Il fenomeno migrazione delle popolazioni dai Paesi più poveri a quelli più ricchi si conferma come uno dei fattori di lunga durata che modificano strutturalmente gli assetti sociali. Certamente, in Italia, il fenomeno migratorio è diventato un fattore sociale

significativo, di cui si discute spesso purtroppo in modo ideologico e stereotipato; emergono paure (vedi gli aspetti legati alla criminalità o ai fenomeni di devianza) e raramente si mettono in evidenza le opportunità e le risorse che ne risultano.

### **Contesto**

L'immigrazione costituisce una sfida alla capacità di costruire nuove forme e nuovi modelli di integrazione.

Le donne sono una parte importante del progetto migratorio dei nuclei stranieri e si rivolgono per consulenza/visite ai consultori familiari.

Le richieste più frequenti riguardano il monitoraggio della gravidanza o la richiesta di interruzione volontaria di gravidanza.

Come si evince dalla relazione del Ministro della salute l'incidenza di IVG nel 2011 ha avuto un decremento del 5,6% rispetto al dato definitivo del 2010 e un decremento del 53,3% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'IVG.

L'analisi delle caratteristiche delle donne che ricorrono all'IVG, riferita ai dati definitivi dell'anno 2010, conferma che nel corso degli anni è andata crescendo la quota di IVG richiesta da donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2010 il 34,2% del totale delle IVG, mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%.

Tali dati sull'abortività volontaria delle donne straniere sono attribuibili ad una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, all'assenza di un nucleo familiare stabile, alla precarietà in ambito lavorativo, alla prostituzione, all'inadeguatezza delle condizioni abitative, alla mancanza di figure parentali che potrebbero supportare nell'accudimento e nella crescita dei figli.

Per poter effettuare efficaci campagne volte alla promozione di una procreazione responsabile è necessario che gli interventi di educazione e prevenzione siano svolti in modo culturalmente sensibile ed accessibile dalle dirette interessate poiché la fertilità e la maternità hanno profonde radici nelle culture di provenienza."

### **Obiettivi**

Il processo migratorio richiede una rielaborazione continua del proprio percorso di vita, una 'metacompetenza' che è la consapevolezza di percepire la realtà, i problemi e di come si possono risolvere.

Il processo culturale verso un 'biculturalismo' che è la capacità di transitare da uno all'altro punto di vista, passa per lunghi periodi di frustrazione fra ideale progetto migratorio e tempi lunghi nella sua realizzazione.

Il progetto prevede di ridurre l'utilizzo della pratica IVG come metodo anticoncezionale tramite i seguenti interventi:

- a) l'erogazione capillare di interventi formativi presso le varie comunità etniche sul metodo di controllo delle gravidanze indesiderate e sulle ripercussioni fisiche e psichiche sulla donna.
- b) L'accesso diretto nei consultori per :
  - fornire consulenze rispetto alla gravidanza indesiderata;
  - affrontare eventuali disagi psicologici derivanti dall'IVG;
- c) valutare insieme alla donna il contesto e l'ambiente familiare in cui vive e sostenerla nelle eventuali difficoltà (violenza coniugale, abusi, ecc.).

### **Indicatori**

La valutazione sarà realizzata alla fine di ogni ciclo di formazione con somministrazione di questionari per indagare la rilevanza e l'interesse suscitati dagli interventi e sarà valutato il numero delle richieste di IVG presso i consultori familiari regionali dopo gli interventi formativi.

## **Linea progettuale 9 Malattie rare**

### **Titolo del progetto:**

***Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta, sviluppo di un sistema informativo e di gestione integrato***

Referente:

**Dott.ssa Maria Maspoli**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email: maria.maspoli@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**annuale**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 1.648.749,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 2.271.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

Il progetto, presentato dalla regione Piemonte, congiuntamente con la regione Valle d'Aosta, con la quale dal 2008 esiste una rete rete interregionale siglata mediante apposite DGR, e, in parte, con la regione Sicilia, con la quale sono in atto dei contatti da parte del Centro di coordinamento della Rete Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta, prevede:

1. il proseguimento delle attività di interazione con le regioni limitrofe e lo sviluppo di percorsi condivisi atti a migliorare l'assistenza e a ridurre la mobilità dei pazienti. A tale scopo si predisporrà anche un progetto condiviso con la regione Sicilia.
2. l'analisi dei dati provenienti dal registro delle malattie rare e dalle altre principali basi dati regionali al fine di valutare il reale percorso diagnostico assistenziale del paziente e l'utilizzo di risorse per la sua cura (con particolare attenzione alle spese farmaceutiche);
3. lo sviluppo, anche mediante il supporto delle attività consortili e dalle informazioni provenienti dall'analisi descritta al punto 2, di percorsi terapeutici ed assistenziali che, partendo dalle linee guida presenti, siano ottimizzati per la realtà regionale, ad includere la presa in carico territoriale e l'utilizzo di preparati farmaceutici galenici.
4. La diffusione capillare, sia mediante didattica tradizionale, che mediante metodiche innovative (didattica esperienziale, FAD) dei percorsi sviluppati dalle attività consortili.
5. La verifica del reale utilizzo dei percorsi diagnostico terapeutici da parte degli operatori sanitari mediante audit rivolti agli operatori stessi ed ai pazienti.

### **Contesto**

La rete per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta rappresenta una realtà ampiamente "strutturata" all'interno del sistema delle due regioni. Ad oggi il sistema di registrazione informatizzato ed accessibile via web ha permesso di censire e di rendere tracciabili quasi i due terzi dei pazienti aventi diritto all'esonero per malattia rara (19000 casi censiti nel registro su circa 30000 soggetti affetti da malattia rara). La presenza di alcune attività consortili dedicate ha permesso di rendere maggiormente omogeneo e rispondente alle linee guida esistenti il trattamento di 20 patologie rare. La rete per le malattie rare è attualmente in grado di fornire un'assistenza adeguata a livello delle Aziende Sanitarie Ospedaliere o Ospedaliere Universitarie,

mentre in alcune aree risulta carente, soprattutto qualitativamente, l'assistenza territoriale e di ASL.

Sono state inoltre avviate interazioni per l'integrazione dei sistemi di rete con le regioni geograficamente più prossime, mediante lo sviluppo di protocolli condivisi per la gestione di problematiche diagnostiche complesse (ad esempio i test genetici) e per la fornitura di servizi di assistenza farmaceutica appropriati e "cost effective" (sviluppo di reti ospedaliere per la produzione di galenici, somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici).

### **Obiettivi**

Obiettivo qualitativo: Estensione, in accordo con le regioni limitrofe e con la regione Sicilia di:  
Protocolli per l'esecuzione di test genetici

Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi

Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera

Censimento dei centri di genetica e degli esami che svolgono

- Realizzazione e messa in opera di un sistema di datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare.

- Sviluppo e messa in opera di una piattaforma web per la condivisione di informazioni sulle malattie rare fra gli operatori sanitari e per il supporto allo sviluppo ed alla diffusione di PDTA anche mediante metodiche avanzate (metodo Delphi, etc.).

- Sviluppo di PDTA condivisi sulle attività oggetto dei consorzi attivi.

- Fruizione dei PDTA sviluppati sia in forma dinamica mediante l'uso di una piattaforma dedicata, sia in forma statica mediante l'attuale sito della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta ([www.malattierarepiemonte-vda.it](http://www.malattierarepiemonte-vda.it))

- Realizzazione di un audit volto a verificare l'utilizzo dei PDTA da parte degli operatori che la soddisfazione da parte dei pazienti. L'audit verrà effettuato mediante interviste e/o questionari semistrutturati rivolti ad un campione significativo di operatori e di pazienti.

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

- Implementazione della segnalazione della casistica di pazienti affetti da malattia rara da parte delle Neuropsichiatriche Infantili, anche mediante una connessione del sistema di gestione informatizzato interno (NPINet) con il registro delle malattie rare.

- Miglioramento della presa in carico fisiologica territoriale con particolare attenzione al linfedema primitivo, alle malattie neurodegenerative ed alle patologie emorragiche ereditarie.

- Sviluppo di un sistema di riconoscimento rapido dei pazienti affetti da porfiria e di un "numero verde dedicato"

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

- Realizzazione di almeno 5 PDTA.

- Realizzazione di almeno 5 corsi ECM accreditati per la formazione di operatori basata riguardo ai PDTA da svilupparsi o già sviluppati, sia mediante formazione tradizionale, da svolgersi sul territorio, che mediante "formazione esperienziale" che tramite metodiche di formazione a distanza.

- Messa online dei PDTA sul sito [www.malattierarepiemonte-vda.it](http://www.malattierarepiemonte-vda.it).

- Messa online dei risultati dell'audit relativo ai PDTA.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Cronoprogramma degli obiettivi

- ▼ Estensione, in accordo con le regioni limitrofe e con la regione Sicilia di:

- ▼ Protocolli per l'esecuzione di test genetici

- 6 mesi dal ricevimento dei finanziamenti

- ▼ Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi

- 4 mesi dal ricevimento dei finanziamenti

- ▼ Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera

- 8 mesi dal ricevimento dei finanziamenti

- ▼ Censimento dei centri di genetica e degli esami che svolgono

- 6 mesi dal ricevimento dei finanziamenti
- ▼ Realizzazione e messa in opera di un sistema di datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare.
- 6 mesi dal ricevimento dei finanziamenti
- ▼ Sviluppo e messa in opera di una piattaforma web per la condivisione di informazioni sulle malattie rare fra gli operatori sanitari e per il supporto allo sviluppo ed alla diffusione di PDTA anche mediante metodiche avanzate (metodo Delphi, etc.).
- 4 mesi dal ricevimento dei finanziamenti: versione base per la condivisione delle informazioni e lo sviluppo dei PDTA
- 12 mesi: versione per il supporto delle teleconsulenze
- 12 mesi messa online sulla piattaforma dei PDTA realizzati
- ▼ Sviluppo di PDTA condivisi sulle attività oggetto dei consorzi attivi.
- 9 mesi dal ricevimento dei finanziamenti
- ▼ Fruizione dei PDTA sviluppati sia in forma dinamica mediante l'uso di una piattaforma dedicata, sia in forma statica mediante l'attuale sito della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta ([www.malattierarepiemonte-vda.it](http://www.malattierarepiemonte-vda.it))
- 12 mesi dal ricevimento dei finanziamenti
- ▼ Realizzazione di un audit volto a verificare l'utilizzo dei PDTA da parte degli operatori che la soddisfazione da parte dei pazienti. L'audit verrà effettuato mediante interviste e/o questionari semistrutturati rivolti ad un campione significativo di operatori e di pazienti.
- 12 mesi dal ricevimento dei finanziamenti
- ▼ Avvio di una fase sperimentale di somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici ad alto costo ed analisi dei costi e dei risparmi, sia diretti che indiretti derivati.
- 6 mesi dal ricevimento dei finanziamenti
- ▼ Implementazione della segnalazione della casistica di pazienti affetti da malattia rara da parte delle Neuropsichiatrie Infantili, anche mediante una connessione del sistema di gestione informatizzato interno (NPINet) con il registro delle malattie rare.
- 6 mesi dal ricevimento dei finanziamenti
- ▼ Miglioramento della presa in carico fisiatrice territoriale con particolare attenzione al linfedema primitivo, alle malattie neurodegenerative ed alle patologie emorragiche ereditarie.
- 12 mesi dal ricevimento dei finanziamenti
- ▼ Sviluppo di un sistema di riconoscimento rapido dei pazienti affetti da porfiria e di un "numero verde dedicato"
- 4 mesi dal ricevimento dei finanziamenti

## **Costi connessi**

### Dettaglio

- 75.000 euro per le attività del tavolo di lavoro con le regioni limitrofe e con la regione Sicilia.
- 150.000 euro: sviluppo, gestione ed analisi dei dati mediante un sistema di Datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare.
- 100.000 euro: analisi ed utilizzo dei dati provenienti dal datawarehouse regionale sia per l'ottimizzazione dell'appropriatezza terapeutica e dei costi che per il supporto allo sviluppo di nuovi PDTA.
- 100.000 euro: sviluppo e gestione di una piattaforma web per la condivisione di informazioni fra gli operatori sanitari e per il supporto allo sviluppo ed alla diffusione di PDTA.
- 50.000 euro: realizzazione ed analisi di un audit volto a valutare l'adesione degli operatori ai PDTA ed il grado di soddisfazione degli utenti.
- 100.000 euro: formazione, convegni dedicati e attività connesse.
- 22.000 euro per la gestione del sito web della rete interregionale e le eventuali modifiche evolutive necessarie.
- 100.000 euro: per la gestione della piattaforma FAD sviluppata con il precedente progetto (cfr progetto 2011), sviluppo di corsi dedicati alla gestione di specifiche malattie rare e gestione degli ECM e dell'assistenza agli operatori partecipanti.
- 200.000 euro: implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici condivisi.

- 250.000 euro: gestione del progetto da parte del Centro di Coordinamento della Rete Interregionale.
- 300.000 euro: supporto alle attività consortili.
- 200.000 euro: sviluppo delle attività farmaceutica galenica.
- 300.000 euro: sviluppo delle attività assistenziali e di presa in carico territoriali con particolare attenzione alla presa in carico fisiatrica ed alla somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici.
- 300.000 euro per il supporto della presa in carico territoriale dei pazienti con malattia rara seguiti presso le neuropsichiatrie infantili.
- 24.000 euro per lo sviluppo di un sistema di riconoscimento rapido dei pazienti affetti da porfiria e di un "numero verde dedicato"

Totale: 2.271.000 euro (di cui 1.648.749 euro ascrivibili alla prosecuzione ed integrazione di linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi 8 luglio 2010 e 20 aprile 2012)

#### **Indicatori**

Realizzazione di almeno 5 PDTA.

- Realizzazione di almeno 5 corsi ECM accreditati per la formazione di operatori basata riguardo ai PDTA da svilupparsi o già sviluppati, sia mediante formazione tradizionale, da svolgersi sul territorio, che mediante "formazione esperienziale" che tramite metodiche di formazione a distanza.
- Messa online dei PDTA sul sito [www.malattierarepiemonte-vda.it](http://www.malattierarepiemonte-vda.it).
- Messa online dei risultati dell'audit relativo ai PDTA.
- Incremento del 2% delle attività di produzione galenica per le malattie rare da parte delle farmacie ospedaliere e miglioramento della rete di scambio.
- Aumento del 20% delle segnalazioni provenienti dalle neuropsichiatrie infantili al registro interregionale delle malattie rare

### **Linea Progettuale 10 Valorizzazione dell'apporto del volontariato**

**Titolo del progetto:**

***Programma di Assistenza sanitaria a favore dei cittadini extracomunitari provenienti da Paesi in via di sviluppo, di cui all'art. 32 comma 15 della legge 449/97, con stanziamento di risorse economiche da parte della Regione da mettere a disposizione delle Aziende Sanitarie Regionali per l'erogazione di prestazioni di alta specializzazione per gravi patologie. Interventi di Cooperazione Sanitaria tramite l'invio di personale sanitario dipendente delle Strutture Sanitarie Pubbliche del Piemonte, disponibile a svolgere attività di volontariato all'estero***

Referente:

**Manuela Del Savio**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email:**

**[manuela.delsavio@regione.piemonte.it](mailto:manuela.delsavio@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**annuale**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 0,00=**

Spese stimate anno 2012:

**€ 1.000.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto:**

Con D.G.R. n. 129-14128 del 22.11.2004 è stato approvato un programma di interventi di assistenza sanitaria a favore dei cittadini extracomunitari, di cui all'art. 32, comma 15, L. 449/97.

Nello specifico, con la D.G.R. suddetta, si è inteso intervenire, attraverso un primo stanziamento di risorse finanziarie, da mettere a disposizione delle Aziende Sanitarie regionali, al fine di affrontare e risolvere casi umanitari di cittadini stranieri minori non appartenenti all'Unione Europea, che necessitino di interventi sanitari non effettuabili nel loro paese di origine e per i quali è indispensabile poter offrire in tempi brevissimi, con procedure amministrative snelle, assistenza sanitaria presso le strutture ospedaliere della nostra Regione.

Con successiva D.G.R. n. 32-773 del 05.09.2005, di parziale modifica della precedente, è stata approvata la prosecuzione del programma suddetto, che si prosegue a tutt'oggi.

La Giunta Regionale, dopo il periodo di sperimentazione in sede di prima applicazione del programma, ha valutato opportuno ampliare le proprie attività sostenendo due tipi di iniziative:

- proseguire con il ricovero e la cura dei minori provenienti da paesi in via di sviluppo, presso le strutture ospedaliere regionali;
- avviare un programma di cooperazione sanitaria rivolto a Paesi in via di sviluppo.

E', dunque, per la generale tutela della salute, non solo come diritto, ma come bene comune, che si è valutato opportuno contribuire a rispondere ai bisogni sanitari prevalenti nei Paesi in via di sviluppo, nella logica di messa a disposizione delle competenze degli operatori sanitari, impiegati nelle Aziende Sanitarie della Regione, offrendo loro la possibilità di prestare la propria opera professionale, in limitati periodi dell'anno, nell'ambito di progetti di cooperazione sanitaria.

A tal fine, con la L.R. n. 12 del 23 maggio 2008 art. 20, è stato introdotto il nuovo istituto giuridico di aspettativa retribuita che può essere riconosciuta ai dipendenti delle Aziende Sanitarie regionali e il cui costo, non potendo gravare sul bilancio ordinario, sarà rimborsato dalla Regione alle Aziende interessate.

Con D.G.R. n. 51-10154 del 24.11.2008, si è provveduto, pertanto, a integrare il programma di interventi di cooperazione sanitaria, tramite l'invio di personale sanitario dipendente delle strutture sanitarie pubbliche del Piemonte, disponibile a svolgere attività di volontariato all'estero; le modalità di svolgimento del programma di interventi di cui sopra, sono state definite con apposito bando, approvato con D.D. n. 1007 del 30.12.2008, rinnovato annualmente.

Per dare attuazione alla procedura per l'assistenza sanitaria ai minori si è previsto inoltre di stipulare un apposito protocollo tra Regione Piemonte, Città di Torino e Azienda Ospedaliera OIRM/Sant'Anna di Torino, al fine di disciplinare le attività ed i compiti dei vari enti coinvolti, e prevedere la costituzione di un'apposita commissione interistituzionale per la valutazione dei casi e del relativo programma di accompagnamento.

**Contesto:**

Il progetto nasce dall'esigenza di affrontare e risolvere casi umanitari di cittadini stranieri minori non appartenenti all'Unione Europea, che necessitino di interventi sanitari non effettuabili nel loro paese di origine, nonché di offrire il proprio contributo per favorire lo sviluppo dell'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo.

**Obiettivi e risultati attesi:**

Il numero sempre più alto di richieste relative a minori extracomunitari affetti da gravi patologie e non operabili presso i Paesi d'origine al fine di appoggiarsi alle Strutture Ospedaliere della Regione Piemonte rende necessaria la creazione di istituti appositi di valutazione e controllo delle richieste medesime, mediante i quali erogare le somme utili a tal fine. L'invio di personale sanitario

volontario nei Paesi Terzi può rendere possibile una loro futura, auspicabile autonomia in talune basilari professionalità.

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili:**

Inviati n. 23 operatori sanitari in Paesi in via di sviluppo e accesso alle cure, prevalentemente oncologiche e cardiocirurgiche, di n. 56 bambini provenienti da paesi in via di sviluppo nel biennio.

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

Le Aziende Sanitarie Locali hanno l'onere di documentare e comprovare l'impatto economico in termini di risorse e attività nelle richieste rendicontazioni.

**Linea progettuale 13  
Piano Nazionale Prevenzione**

**Titolo del progetto:**

***Piano regionale di prevenzione 2010-2012***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**2010-2012**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 19.784.988,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 19.784.988,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto e contesto**

Il 29 aprile 2010 alla Conferenza Stato-Regioni è stata sottoscritta l'Intesa sul Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 (PNP), che ha fissato i criteri per la stesura dei Piani regionali impegnando Regioni e Province Autonome ad adattare obiettivi e finalità del PNP alle proprie realtà locali attraverso l'elaborazione di un Piano regionale triennale.

Il Piano nazionale introduce un'impostazione culturale orientata a un'azione preventiva sempre più interdisciplinare e intersettoriale; pone la persona, non più i servizi, al centro della programmazione, riconoscendo peraltro alla prevenzione una valenza di bene comune e valore solidale; enfatizza la necessità di un uso sistematico ed efficace delle informazioni, identificando le sorveglianze come strumento utile alla programmazione e valutazione dei programmi di prevenzione. Le quattro macro aree di intervento individuate dal PNP sono:

1. la medicina predittiva, che si rivolge agli individui sani, ricercando la fragilità o il difetto che conferisce loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia;
2. i programmi di prevenzione collettiva che mirano ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale;

3. i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio e finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie o a diagnosticare precocemente altre malattie, o ancora a introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico;
4. i programmi volti a prevenire complicanze e recidive di malattia e che promuovano il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico di fasce di popolazione particolarmente fragili, attraverso il miglioramento dell'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali.

Il PNP ha posto alcune ulteriori condizioni per la stesura dei Piani regionali:

- la continuità con il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP e, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento;
- la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP.

Inoltre è stato richiesto di strutturare i nuovi Piani regionali in un Quadro strategico, che sviluppa le scelte programmatiche, e in un Piano operativo che dettaglia i progetti secondo schemi predefiniti. Sono state pertanto elaborate le schede progettuali con gli indicatori necessari per la valutazione e rendicontazione del Piano. Ogni ASL annualmente definisce la programmazione locale della prevenzione stabilendo i propri obiettivi in funzione del raggiungimento degli obiettivi regionali fissati nel Piano regionale di prevenzione.

### **Obiettivi**

Obiettivi definiti dalla DGR n. 37-1222 del 17/12/2010, "Approvazione dell'aggiornamento al Piano regionale della prevenzione 2010-2012 e sostituzione dell'allegato A della DGR n. 16-13200 dell'8/02/2010":

Prevenzione mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale di malattia.

Prevenzione delle patologie e condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari; riduzione della prevalenza di soggetti con stili di vita non sani.

Prevenzione, controllo e riduzione delle patologie determinate da alimenti.

Prevenzione delle malattie trasmissibili.

Prevenzione dei rischi in ambienti di vita.

Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro.

Prevenzione dei rischi infortunistici in ambito domestico.

Prevenzione degli incidenti stradali.

Diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto mediante programmi di screening.

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Anno 2012

### **Costi connessi**

19.784.988 €

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

Dati su determinanti e rischi comportamentali relativi agli stili di vita derivanti dai sistemi di sorveglianza attivati in Piemonte.

Dati derivanti dall'attuazione delle attività specifiche previste dal Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (PRISA).

Dati del sistema di sorveglianza sulle malattie infettive; indicatori di copertura vaccinale.

Copertura delle aziende ispezionate dai Servizi di prevenzione nei luoghi di lavoro; copertura dei cantieri edili ispezionati; numero di inchieste infortuni positive sul totale delle inchieste attivate.

Verifica del trend dell'incidentalità domestica; accessi in Pronto Soccorso nella fascia d'età 0-4 anni.

Andamento dell'incidentalità stradale e delle sue conseguenze in relazione all'impatto degli interventi di promozione della sicurezza stradale.

Copertura della popolazione bersaglio degli screening oncologici e volume di attività; osservazione regolare dell'andamento dell'incidenza e mortalità per tumori.

### **Linea progettuale 13 Piano Nazionale della Prevenzione**

#### **Titolo del progetto:**

***Programma regionale di screening del carcinoma della mammella, dei tumori del collo dell'utero e dei tumori del colonretto, "Prevenzione serena".***

Referente:

**Dott.ssa Raffaella Ferraris**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email: raffaella.ferraris@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**continua**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 0,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 19.000.000,00=**

#### **Sintesi del contenuto del progetto**

##### **Prevenzione Secondaria dei Tumori**

L'attività di prevenzione erogata attraverso programmi di screening organizzati, è da tempo prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza. In Piemonte la DGR 111-3632 del 02-08-2006 ha riorganizzato il programma già attivo ed ha previsto, tra l'altro, il confluire dell'attività di prevenzione secondaria oncologica (screening) nel programma organizzato "Prevenzione Serena", in ragione della qualità del percorso preventivo e diagnostico che con questo programma viene offerto all'utenza.

##### La connotazione Dipartimentale e l'evoluzione con il nuovo assetto ospedaliero.

L'attività del programma di screening è stata fin dall'inizio basata, secondo una logica di ottimizzazione delle risorse e di standard di qualità, su una connotazione organizzativa Dipartimentale sostanzialmente analoga e abbastanza sovrapponibile a quella dell'assetto territoriale delle ASL piemontesi dopo l'accorpamento del 2008.

Alla luce della recente riorganizzazione amministrativa lo screening organizzato ben corrisponde a vari punti della DGR 51-1358 del 29.12.2010. Certamente è perseguita con determinazione dal programma di screening la ricerca di equità nell'accessibilità ai servizi sanitari, sia perché lo screening organizzato invita residenti o domiciliati con scelta del MMG, con invito attivo, cioè con lettera del MMG, al momento opportuno per sottoporsi a

screening, sia perché anche in assenza di lettera di invito si può accedere in uno dei centri di Prevenzione Serena per eseguire l'esame quando è il momento.

Esiste quindi la possibilità del cittadino di scegliere dove sottoporsi a screening, che è un altro dei punti fondamentali della citata DGR.

Per offrire la massima "centralità" del cittadino l'impegno deve essere quello di garantire la massima qualità al minor costo. La ricerca del livello ottimale di appropriatezza nella modalità e nella tipologia di prestazioni erogate va proprio in questa direzione.

Questo significa ridurre duplicazioni di prestazioni e soprattutto indagini talvolta inutili, di non dimostrata efficacia, se non addirittura in contrasto con raccomandazioni nazionali o internazionali.

A questo proposito vale la pena di ricordare che in Italia esiste una attività di prevenzione organizzata attraverso i programmi di screening ma, contestualmente, è diffuso il ricorso alla prevenzione oncologica con i test di screening al di fuori dei programmi organizzati. Questo avviene per iniziativa spontanea dell'interessato o di chi per lui è mediatore della domanda di salute, cioè il medico di medicina generale, ma anche gli specialisti pubblici e privati.

Gli stessi test di screening possono infatti essere anche prescritti per motivi diagnostici o per altri motivi e sono presenti nel nomenclatore della diagnostica strumentale.

La situazione di "doppio regime" che si viene in questo modo a creare, è stata contrastata dalla DGR 111-3632 del 02-08-2006, che richiedeva che le attività di prevenzione secondaria oncologica rientrassero nei programmi di screening organizzato, lasciando, di conseguenza, libere le corsie d'accesso alle stesse prestazioni richieste per motivi diversi dallo screening oncologico sul canale della specialistica ambulatoriale.

L'assetto organizzativo Dipartimentale dello screening ha visto finora il coinvolgimento di molte AO o di strutture ospedaliere facenti parte delle ASL. Occorre quindi fare in modo che l'individuazione di poli ospedalieri si integri in modo efficiente con il sistema screening.

Negli assetti dipartimentali degli screening è infatti stabilita la presenza delle Aziende Ospedaliere o di ospedali che comunque concorrono alla realizzazione delle prestazioni nell'ambito del processo di screening.

L'organizzazione in Dipartimento Interaziendale ha permesso di raggiungere quasi la popolazione target, di assicurare l'effettuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici stabiliti, strutturando i rapporti tra tutte le Aziende Sanitarie che compongono il dipartimento.

Le tariffe degli screening oncologici includono i costi di tutte le fasi del percorso di screening, diagnosi inclusa, come pacchetto di prestazioni, contenendo i costi e assicurando la continuità assistenziale.

L'organizzazione Dipartimentale ha assicurato l'approvvigionamento delle prestazioni necessarie e del rispetto dei livelli di qualità richiesti e documentati.

I Dipartimenti di screening (DIPST) si sovrappongono, come popolazione servita, alle aziende territoriali nel cui territorio si trovano i gruppi di ospedali (hub).

Pertanto, pare importante confermare nelle logiche gestionali l'attuale libertà dell'assistito di decidere dove accedere alle prestazioni di screening, e di non vincolare le prestazioni di 1° e 2° livello erogate dagli ospedali (praticamente tutte meno il prelievo per il pap test) a criteri di corrispondenza tra territorio dell'hub e territorio della Azienda sanitaria di residenza.

In secondo luogo sembrano rilevanti logiche gestionali relativamente alle prestazioni, connesse agli screening dei tumori, ispirate ad obiettivi di appropriatezza, economia di scala e qualità.

Le azioni da intraprendere o da consolidare sono relative alla:

- centralizzazione di attività connesse al laboratorio e alla patologia clinica (centri unificati di citologia e per il test HPV, centri per la determinazione del sangue occulto nelle feci) anche tra più hub ospedalieri
- centralizzazione della refertazione mammografica con trasmissione a distanza di immagini digitali per volumi di doppia lettura di 50.000-70.000 esami-anno per

- cluster di centri di effettuazione dello screening mammografico anche tra diversi hub ospedalieri
- integrazione del trattamento del piano di riconversione delle prestazioni ambulatoriali di "prevenzione nel programma di Prevenzione Serena" in applicazione della DGR 111
- applicazione del piano di riconversione delle prestazioni ambulatoriali di "prevenzione nel programma di Prevenzione Serena" in applicazione della DGR 111.

#### Attività di screening.

Lo screening organizzato è in Piemonte un'attività di prevenzione da molti anni consolidata e documentatamente efficace che viene realizzata solo per quelle patologie per cui i programmi di screening vengono raccomandati.

#### *Lo screening per il cervicocarcinoma*

Nel triennio 2009-2011 sono state invitate a sottoporsi a Pap Test più di un milione di donne pari al 94% circa della popolazione obiettivo 25-64 anni. Circa il 40% di queste partecipa ed è per questo che il numero di esami è poco meno di 200.000 all'anno. Il gap tra inviti e adesioni rappresenta una situazione abbastanza comune in Italia, attribuibile in buona parte alla diffusione di pratiche di prevenzione al di fuori dello screening organizzato da parte di donne che effettuano il Pap Test annualmente, mentre vi sono donne che non lo effettuano mai o lo effettuano discontinuamente.

Tutto ciò a fronte del fatto che la protezione conferita dalla regolare esecuzione del Pap test è molto alta, al punto da far ritenere sufficiente l'esecuzione del Pap test a scadenza triennale.

Inviti ed esami riferiti alla popolazione obiettivo costituiscono la cosiddetta "copertura", indicatori della diffusione e del livello di attività del programma organizzato.

Poiché il programma ambisce alla qualità, non solo percepita ma tecnica ed effettiva, il programma è soggetto a monitoraggio con un set di indicatori di processo ed organizzativi. Tra questi ultimi ci sono gli intervalli di refertazione. I risultati sono buoni in generale, ma scarsi in qualche dipartimento. A Torino, in ottemperanza alla DGR 111-3632 del 02-08-2006 si è provveduto a centralizzare tutta l'attività di lettura precedentemente svolta in 5 differenti laboratori di citologia/anatomia patologica ottimizzando risorse e costi di personale con un sostanziale miglioramento del servizio consistito in una ottimizzazione dell'intervallo di refertazione per i Pap Test (la quasi totalità viene evasa entro tre settimane dall'esecuzione).

Il tempo d'attesa per eseguire la colposcopia è invece ancora ovunque al di sotto dei livelli accettabili.

Gli indicatori di risultato sono essenzialmente legati alla riduzione di mortalità e di incidenza, visibili però solo a lungo termine, tuttavia l'analisi combinata di altri indicatori permette comunque di valutare l'efficacia del programma.

Tra i principali indicatori vale la pena di ricordare in questo contesto il Recall Rate (proporzione di richiami): la proporzione di donne che vengono richiamate per effettuare l'approfondimento colposcopico, previsto dal II livello dello screening. I valori sono buoni perché lo standard prevede che siano inferiori al 3.5% delle aderenti.

Il Detection Rate rappresenta invece la proporzione di lesioni (CIN2+) accertate istologicamente tra le donne aderenti al programma.

Lo screening cervicale piemontese da anni trasmette i propri dati annuali di attività e di valutazione all'Osservatorio Nazionale Screening che ha una funzione di monitoraggio istituzionale (Ministero Salute) sui programmi italiani e ogni anno i dati sono presentati in occasione di un workshop formativo e resi disponibili su [www.cpo.it](http://www.cpo.it).

Va rilevato infine che i nuovi test, come ad esempio quello per la presenza del Virus del Papilloma Umano (HPV) si sono rivelati molto promettenti anche nell'ambito di programmi di screening organizzato. A Torino è in corso il progetto pilota per l'utilizzo dell'HPV quale test primario per lo screening cervicale ed è probabile che in futuro si potranno applicare intervalli più lunghi nell'esecuzione dei test rispetto a quelli attualmente raccomandati. Il programma di screening rappresenta quindi un esempio di come l'attività di ricerca svolta

in ambito CPO (in questo caso con finanziamenti ministeriali) possa trovare applicazioni volte al miglioramento della efficacia dei servizi. Analisi dei costi sono in corso per valutare comparativamente il modello tradizionale di screening con quello con HPV.

#### *Lo screening mammografico*

Linee guida Europee e Raccomandazioni Nazionali collocano la mammografia come test di screening per i programmi organizzati perché su questo test vi è consenso sull'efficacia.

I programmi di screening vengono, infatti, raccomandati laddove vi è sufficiente evidenza scientifica che il beneficio di sottoporvisi sia superiore agli svantaggi ed ai rischi cui ci si espone.

Nella DGR 111-3632 del 02-08-2006 si tiene conto di questo aspetto. La periodicità prevista è ogni due anni nella fascia d'età 50-69, tuttavia il programma di screening Piemontese è esteso alla fascia 45-49, solo su partecipazione spontanea, proprio perché nelle aree di incertezza è bene che sia il cittadino il primo responsabile delle proprie scelte di salute. Il programma, comunque, nel caso in cui si aderisca allo screening in questa fascia d'età ha cura di invitare le donne con cadenza in questo caso annuale. La possibilità di accedere spontaneamente è conservata con periodicità biennale anche oltre i 69 anni fino ai 75.

Il programma di screening richiama le donne solitamente nello stesso centro in cui era stata eseguita la mammografia precedente (per la possibilità di disporre dei precedenti esami con facilità) ma anche nel caso dello screening mammografico vi è la possibilità per la cittadina piemontese (o domiciliata come sopra) di iniziare un nuovo episodio (round) di screening in uno qualsiasi dei centri regionali.

Anche per quanto riguarda lo screening mammografico lo sviluppo degli ultimi anni ha portato ad un incremento progressivo della popolazione afferente al programma.

Nella fascia d'età 50-69 le donne invitate sono state circa l'81% delle donne che si sarebbero dovute invitare teoricamente nell'anno. Circa la metà di queste donne ha usufruito del programma. E' evidente una certa eterogeneità tra Dipartimenti e tra Aziende che va colmata.

A questa attività si aggiunge quella relativa a circa 43.000 donne di età 45-49, invitate per lettera o considerate invitate perché pervenute con adesione spontanea, cui corrispondono circa 29.000 esami eseguiti.

Analogamente a quanto accade per lo screening cervicale sono individuati e monitorati gli indicatori di attività e di processo.

La Detection Rate e Recall Rate, per gli ultimi anni, sono già disponibili anche nel caso dello screening mammografico gli intervalli di refertazione e ancora di più i tempi di attesa per l'intervento chirurgico (almeno il 75% delle donne dovrebbe essere operata entro due mesi dalla mammografia) rappresentano i punti critici che devono essere superati.

Perché ciò avvenga è opportuno che gli ospedali coinvolti nello screening e nello sviluppo delle attività di rete partecipino attivamente assolvendo gli impegni presi in ambito dipartimentale e rispettando gli standard previsti.

#### *Lo screening per il tumore del Colonretto*

*Le Linee Guida Europee (IARC 2011) e le raccomandazioni nazionali (Ministero della Salute, 2006) indicano la sigmoidoscopia e il test per la ricerca del sangue occulto fecale come test di screening utilizzabili nell'ambito di programmi organizzati, perché su di essi vi è sufficiente evidenza di efficacia. I programmi di screening vengono infatti raccomandati laddove vi è sufficiente evidenza scientifica che il beneficio ottenibile sia superiore agli svantaggi ed ai rischi cui ci si espone sottoponendosi al test.*

Nella DGR 111-3632 del 02-08-2006, sulla base di queste indicazioni, viene definito un programma di screening per i tumori coloretali che utilizza come test di I livello la sigmoidoscopia, offerta una sola volta nella vita, all'età di 58 anni.

Per garantire il rispetto delle preferenze individuali le persone che rifiutano la sigmoidoscopia hanno la possibilità di optare per il FOBT, offerto con cadenza biennale fino ai 69 anni di età.

Inoltre, per garantire la possibilità di accedere allo screening anche alle persone che hanno superato l'età di 58 anni all'avvio del programma, viene mantenuta per questo gruppo l'offerta biennale del FOBT fino all'età di 69 anni.

La scelta di adottare la sigmoidoscopia una tantum come test di screening primario è confermata dai recenti risultati di studi sperimentali che mostrano una riduzione del 33% del rischio di ammalarsi e del 43% del rischio di morire di tumore del colon-retto tra le persone che si sottopongono al test; questo effetto protettivo si mantiene per un periodo di oltre 12 anni.

Per garantire volumi di attività necessari al mantenimento di standard di qualità elevati nell'effettuazione degli esami endoscopici di I e II livello, ciascun dipartimento interaziendale di screening ha individuato alcuni centri di riferimento per gli esami di screening. Ugualmente per garantire elevati livelli di qualità e di efficienza, sono stati attivati 4 laboratori di riferimento regionali per la lettura dei test FOBT eseguiti su tutto il territorio regionale.

Anche per quanto riguarda lo screening dei tumori coloretali, la copertura del territorio regionale si è estesa progressivamente nel tempo, tra il 2004 e il 2009. Il programma copre attualmente tutta la Regione:

Il programma è soggetto al monitoraggio con un set di indicatori di processo ed organizzativi.

Inviti ed esami riferiti alla popolazione obiettivo costituiscono la cosiddetta "copertura", indicatori della diffusione e del livello di attività del programma organizzato. Per entrambe le modalità di screening è evidente una certa eterogeneità tra Dipartimenti e tra Aziende che va colmata.

Gli indicatori di risultato sono essenzialmente legati alla riduzione di mortalità e di incidenza, visibili però solo a lungo termine, tuttavia l'analisi combinata di altri indicatori, come il tasso di richiamo in II livello, il tasso di identificazione diagnostica di lesioni pre-invasive e la distribuzione per stadio alla diagnosi dei cancri individuati allo screening, permette comunque di valutare l'efficacia del programma.

### **Contesto**

Territorio regionale, all'interno del quale si attua il programma regionale di screening dei tumori femminili

### **Obiettivi**

Copertura totale della popolazione bersaglio.

- **Obiettivo qualitativo**

Implementazione dell'appropriatezza delle prestazioni di screening, sul territorio regionale

- **Obiettivo quantitativo**

Estensione dell'offerta delle prestazioni appropriate di screening su tutto il territorio nazionale

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

12-18 mesi

### **Costi connessi**

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

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

1. copertura (inviti/popolazione bersaglio)
2. Adesione (esami effettuati/inviti)
3. Intervalli di refertazione
4. Recall Rate

**ALLEGATO B)**

**PIANO SANITARIO NAZIONALE**

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale  
Art 1 commi 34 e 34 bis della Legge 23 dicembre 1996 n 662**

**ANNO 2012**

**Ulteriori linee progettuali per l'anno 2012**

**Regione Piemonte**

**Linea progettuale 1  
Contrasto delle disuguaglianze in sanità**

**Titolo del progetto:**

***Buone pratiche di contrasto delle disuguaglianze di salute***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 240.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

La documentazione sulle buone pratiche e sugli interventi raccomandati viene raccolta attraverso le seguenti attività

sviluppo di un modello di classificazione per la documentazione delle buone pratiche. Sull'esempio della banca dati Pro.Sa sviluppata dal Centro di documentazione regionale verrà realizzato un sistema di classificazione e archiviazione delle buone pratiche europee registrate dalle review europee citate;

revisione ed analisi delle buone pratiche e degli interventi passati in rassegna dalla Marmot review del Regno Unito

revisione ed analisi delle politiche e degli interventi passati in rassegna dalla Marmot review europea (eurohealthnet)

analisi di trasferibilità raccomandazioni europee nella Regione Piemonte, tenendo presente da una parte il profilo epidemiologico territoriale, dall'altra il contesto politico e sociale

**Contesto**

Il contrasto delle disuguaglianze di salute sul fronte delle politiche non sanitarie richiede interventi e azioni di provata efficacia. La documentazione sull'efficacia di queste azioni nella letteratura specializzata dei singoli settori delle diverse politiche è molto povera e poco armonizzata. Diverse

iniziative europee hanno provato a passare in rassegna questa letteratura e le relative esperienze di cosiddette buone pratiche per mettere a disposizione della programmazione sanitaria adeguate conoscenze per la scelta delle azioni più appropriate (Marmot M. *Fair Society Healthy Lives*. The Marmot Review, 2010; Institute of Health Equity, HAPI, Eurohealthnet et al. *Health inequalities in the EU*, Interim Report. The European Marmot Review, 2012).

Il progetto si propone revisionare queste esperienze per valutarne preliminarmente la trasferibilità nel contesto piemontese e sintetizzarne le proposte ad uso della comunicazione verso i decisori della programmazione della salute sia per le politiche sanitarie sia per quelle non sanitarie

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di documentare le azioni disponibili in letteratura e nell'esperienza per il contrasto delle disuguaglianze nelle politiche non sanitarie viene articolato nei seguenti obiettivi specifici corrispondenti ad ognuna delle attività sopra elencate

- elaborazione di un modello di documentazione per l'identificazione e la classificazione delle politiche a maggior impatto sulle disuguaglianze di salute
- mappatura, classificazione e analisi delle azioni e delle buone pratiche raccolte dalla Marmot review UK;
- mappatura, classificazione e analisi delle azioni e delle buone pratiche raccolte dalla Marmot review EU;
- elaborazione e utilizzo di una griglia di classificazione che valuti la trasferibilità delle buone pratiche europee nel contesto piemontese;
- raccomandazione delle buone pratiche più appropriate per il contesto epidemiologico, politico e sociale piemontese.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

- Obiettivo 1. mese 1-6
- Obiettivo 2. mese 1-6
- Obiettivo 3. mese 1-6
- Obiettivo 4. mese 7-12
- Obiettivo 5. mese 7-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

€ 60.000 per attività di progettazione, elaborazione della griglia di classificazione, interpretazione dei risultati

€ 120.000 per attività di mappatura, analisi e classificazione delle buone pratiche europee

€ 60.000 per attività di analisi della trasferibilità delle buone pratiche europee nel contesto italiano

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1 disponibilità di una griglia di valutazione del valore delle politiche e degli interventi censiti nella capacità di far avanzare il contrasto delle disuguaglianze di salute

Obiettivo 2-3 disponibilità di un rapporto che valuti l'avanzamento dei paesi europei nella capacità di contrasto delle disuguaglianze di salute sulla base della griglia suddetta

Obiettivo 4-5 disponibilità di un rapporto che identifichi i principali elementi critici per il trasferimento in Italia delle esperienze di contrasto delle disuguaglianze di salute

**Titolo del progetto:**  
***Equity audit dei percorsi assistenziali***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 470.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

L'*equity audit* si sviluppa attraverso le seguenti attività:

sviluppo di un metodo articolato in quattro fasi (identificazione epidemiologica dei percorsi prioritari sulla base delle disuguaglianze di esito osservate, verifica della presenza di possibili discriminazioni nell'ambito dei percorsi assistenziali, identificazione delle possibili azioni di correzione, valutazione dell'impatto di tali azioni); sviluppo e test di un modulo formativo;

progetto di *equity audit* sui PDTA oncologici articolato nella ricerca delle sedi tumorali a maggiore impatto sulle disuguaglianze di esito, nella revisione dell'impatto sulle disuguaglianze dello screening della mammella e nel coinvolgimento di esperti e portatori di interesse per progettare interventi di audit sui percorsi a maggiore impatto;

progetto sperimentale di ricerca-intervento per l'*equity audit* sul PDTA dell'ictus;

ingegnerizzazione di un modello di monitoraggio di processo e risultato per l'*equity audit* sul PDTA del diabete;

ingegnerizzazione di un modello di monitoraggio di processo e risultato per l'*equity audit* su allattamento al seno.

**Contesto**

Uno studio comparativo europeo ha documentato come circa il 13% delle disuguaglianze nella speranza di vita degli individui tra i 30 e i 64 anni residenti a Torino sia ascrivibile alle disuguaglianze a cui sono esposti nelle varie fasi dell'assistenza sanitaria e, in particolare, che gran parte di queste differenze sia riconducibile a una serie di meccanismi di discriminazione sociale che agiscono lungo l'intero percorso assistenziale (preventivo, diagnostico o di cura) della malattia (Stirbu et al., *J Epidemiol Comm Health* 2010).

In ambito europeo si è affermata una strategia, denominata *equity audit*, che attraverso l'applicazione di lenti di equità ai più importanti percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), si pone l'obiettivo:

di individuare i punti di innesco specifici in cui le disuguaglianze sociali concorrono alla generazione delle disuguaglianze di salute;

di stimare l'impatto di tali disuguaglianze sugli esiti di salute;

e, infine, di identificare le azioni di contrasto più appropriate (Hamer L et al. *Health Equity audit made simple. Working document. NHS HAD 2003*).

Il progetto ha inteso dunque sviluppare metodi di *equity audit* da applicare ad alcuni dei principali percorsi assistenziali in Piemonte.

## **Obiettivi**

L'obiettivo generale di promuovere *equity audit* viene articolato nei seguenti obiettivi specifici:

elaborazione di un modello di *equity audit* e del relativo percorso formativo;

identificazione delle voci nosologiche con disuguaglianze sociali più intense da fare oggetto di interventi prioritari;

individuazione delle sedi tumorali a rischio di maggiori disuguaglianze nel relativo PDTA; analisi delle disuguaglianze nel PDTA del tumore della mammella, in donne diagnosticate allo screening; costituzione di un tavolo di lavoro che ponga l'equità come uno dei valori fondamentali all'interno della rete oncologica piemontese;

disegno di una ricerca-intervento quasi-sperimentale per l'applicazione del modello di *equity audit* nel PDTA dell'ictus; arruolamento dei pazienti, rilevazione dei dati da cartella clinica e somministrazione dei questionari;

identificazione dalle fonti correnti di diversi modelli di presa in carico dei pazienti con diabete e analisi delle differenze sociali negli esiti a breve e lungo termine;

individuazione dalle fonti correnti e da rilevazioni ad hoc di fattori legati alla minor durata dell'allattamento esclusivo al seno (età materna, numero di gravidanze precedenti, professione, titolo di studio, nazionalità).

## **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1 mese 1-3

Obiettivo 2 mese 1-3

Obiettivo 3 mese 4-12

Obiettivo 4 mese 6-12

Obiettivo 5 mese 1-12

Obiettivo 6 mese 4-12

Obiettivo 7 mese 4-12

## **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

analisi della letteratura e predisposizione di uno specifico pacchetto formativo (per l'obiettivo 1, equivalente a € 60.000);

gestione e analisi dei dati e interpretazione statistica ed epidemiologica dei risultati (per gli obiettivi 2 e 3, equivalente a €120.000);

organizzazione e conduzione del focus group (per l'obiettivo 4, equivalente a € 40.000);

progettazione dello studio, rilevazione dati clinici, interviste, inserimento dati (per l'obiettivo 5, equivalente a €100.000 euro);

acquisizione basi di dati, definizione degli algoritmi di calcolo degli indicatori, effettuazione analisi e interpretazione dei risultati (per gli obiettivi 6 e 7, equivalente a €150.000 euro).

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

Gli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1 disponibilità di un modello corrispondente alle migliori esperienze censite in letteratura e tarate per il contesto locale;

Obiettivi 2 e 3 disponibilità delle informazioni socioeconomiche individuali, associate ai dati dei sistemi informativi sanitari;

Obiettivo 4 realizzazione di un focus group con esperti della rete oncologica per la discussione del tema dell'equità nei PDTA oncologici;

Obiettivo 5 disponibilità del protocollo dello studio approvato da un comitato etico; percentuale di rifiuti e di informazioni mancanti < 10%;

Obiettivo 6 disponibilità di un report che documenti il ruolo di differenti modelli assistenziali nel ridurre le disuguaglianze sociali negli esiti dei diabete;

Obiettivo 7 disponibilità di un report che identifichi i gruppi a rischio di abbandono precoce (prima dei 3 mesi di vita del bambino) dell'allattamento esclusivo al seno.

**Titolo del progetto:*****Mappatura della deprivazione e dei corrispondenti fabbisogni sanitari***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia****Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia****Direzione: Sanità****Settore: Prevenzione e Veterinaria****Corso Stati Uniti 1****10128 Torino****email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 440.000,00=****Sintesi del contenuto del progetto**

Il progetto intende contribuire a implementare un sistema completo, aggiornato e continuo di rilevazione di dati sulle covariate sociali attraverso l'uso integrato dei sistemi informativi e statistici sanitari regionali, che comprenda un sistema di indicatori di disponibilità/povertà di risorse a livello aggregato (asl, distretto, comune e sezione) e un sistema di indicatori di posizione sociale a livello individuale. Le attività necessarie comprendono:

attività di rilevazione dei dati sulle covariate sociali presso gli enti titolari (Istat, Comuni, Inps, Inail, Anagrafe Tributaria) attraverso appositi protocolli di intesa e sotto la copertura di idonee giustificazioni nel piano statistico nazionale e regionale

attività di arricchimento dei dati sanitari con le covariate sociali via linkage con sistemi informativi statistici e sanitari mantenuti dal CSI attraverso apposite convenzioni con il CSI

attività di sviluppo metodologico sugli indicatori di risorse e deprivazione e sui metodi di analisi attraverso revisioni bibliografiche e sperimentazioni sui dati torinesi

attività di analisi statistica e commento dei risultati su scala regionale attraverso i metodi sperimentati e le conoscenze revisionate

attività di elaborazione di rapporti sulle disuguaglianze di salute a livello locale

**Contesto**

A Torino dal 15 al 30% della mortalità generale sarebbe evitabile se si annullassero le differenze di educazione nella popolazione. Gran parte di questa mortalità attribuibile è spiegata da differenze di reddito, di condizione professionale, di esposizione a fattori di rischio e di limitazione di accesso alle cure di qualità ([http://www.euro-gbd-se.eu/fileadmin/euro-gbd-se/public-files/EURO-GBD-SE\\_Final\\_report.pdf](http://www.euro-gbd-se.eu/fileadmin/euro-gbd-se/public-files/EURO-GBD-SE_Final_report.pdf)). Gran parte degli indicatori di morbosità (incidenza, prevalenza e letalità delle principali voci nosologiche) mostrano a Torino disuguaglianze a svantaggio delle persone meno istruite, di bassa posizione professionale e basso reddito (Lo stato di salute e Torino, 2009). Non sono disponibili dati su scala piemontese sulle disuguaglianze di mortalità e morbosità per carenza di informazioni sulla posizione sociale delle persone e delle famiglie nei sistemi informativi sanitari regionali. La crisi economica e finanziaria e le relative misure di austerità intraprese per contrastarla rischiano di aggravare queste disparità di salute (Costa et al, 2012). E' quindi opportuno che il Servizio Sanitario Regionale si doti di un adeguato sistema di monitoraggio delle disuguaglianze di salute sia per orientare la programmazione sanitaria (allocazione di risorse e organizzazione dei percorsi) verso una maggiore protezione dei gruppi più vulnerabili, sia per indirizzare le politiche non sanitarie che possono influenzare la salute (lavoro, scuola, casa, assistenza, ambiente...) verso una maggiore equità. La Regione Piemonte può contare sulla

lunga esperienza di studio torinese sui determinanti sociali di salute per poter ambire a realizzare un sistema regionale completo continuo e aggiornato di monitoraggio delle variazioni sociali nel fabbisogno di salute e nei suoi determinanti, valorizzando attraverso metodi di record linkage in modo integrato il ricco patrimonio informativo già disponibile.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di sviluppare ed insediare un sistema completo aggiornato e continuo di monitoraggio delle disuguaglianze di salute richiede l'arricchimento dei sistemi informativi e statistici sanitari regionali attraverso adeguate covariate sociali secondo i seguenti obiettivi specifici:

elaborazione di un sistema di indicatori di disponibilità/povertà di risorse a livello di contesto da utilizzare per la stima del fabbisogno (per aree di rilevanza amministrativa e sociale: federazione, azienda sanitaria, distretto, comune, sezione di censimento) che comprenda le dimensioni materiali (reddito, casa), sociali (classe, istruzione, rete familiare), ambientali (urbanistica, sicurezza, ambiente) e di disponibilità di servizi (distanza da istruzione, sanità, trasporti), così come ricavabili dalle fonti informative di popolazione dei censimenti di popolazione, dell'anagrafe tributaria e da altre fonti statistiche correnti

arricchimento dell'anagrafe sanitaria regionale AURA con il dato sulla sezione di censimento corrispondente all'indirizzo di residenza attraverso tecniche di georeferenziazione degli indirizzi di residenza dell'anagrafe sanitaria, per disporre di un indicatore di posizione sociale di contesto nel monitoraggio dell'equità di salute

implementazione della nuova variabile sul titolo di studio nell'anagrafe sanitaria regionale AURA degli adulti attraverso record linkage deterministico con variabili dei censimenti di popolazione (1991 e 2001), delle schede di mortalità (1999-2010) e delle schede di dimissione ospedaliera (1994-2011) per disporre di un indicatore di posizione sociale individuale a livello regionale nel monitoraggio dell'equità di salute

allargamento dello studio longitudinale torinese su scala metropolitana (tutti i comuni dell'area) per adeguare il sistema di monitoraggio al nuovo ente locale metropolitano che segua le storie di salute dei residenti dell'area secondo le caratteristiche sociali registrate ai censimenti di popolazione del 2001 e del 2011

valorizzazione di sistemi di indagine campionari per il monitoraggio di dimensioni di salute non coperte di sistemi informativi sanitari: comportamenti preventivi come registrati nei campioni di controllo degli studi caso controllo condotti in Piemonte negli anni passati e nei campioni dell'indagine PASSI

allargamento del campione del sistema longitudinale di indagine sulle storie lavorative WHIP salute che segue un campione di forza lavoro del Piemonte rispetto all'accadimento di infortuni, ricoveri e cause di morte

analisi geografica e di correlazione delle covariate sociali e degli indicatori di fabbisogno sanitario (preventivo ed assistenziale) per mappare le disuguaglianze di salute nella regione, ad uso della stima del fabbisogno e del monitoraggio dei risultati delle azioni di contrasto

elaborazione di un modello di reportistica standard con cui restituire periodicamente alle aziende, ai distretti e agli erogatori un quadro delle disuguaglianze di salute che sono rilevanti per la programmazione e per la valutazione di equità di processo ed esito di loro competenza; il modello deve esser comprensivo di un pacchetto di apprendimento per l'utilizzo dei dati

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

- Obiettivo 1. mese 1-6
- Obiettivo 2. mese 1-6
- Obiettivo 3. mese 1-6
- Obiettivo 4. mese 7-12
- Obiettivo 5. mese 1-12
- Obiettivo 6. mese 7-12
- Obiettivo 7. mese 9-12
- Obiettivo 8. mese 1-6

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

attività di data management per il record linkage geografico e individuale da parte del CSI Piemonte (equivalente a 60.000 euro)

attività di acquisizione di dati da parte di enti esterni (equivalente a 50.000 euro)

attività di organizzazione (rilevazione e formazione alla codificazione nosologica) dell'archivio di mortalità (equivalente a 20.000 euro)

attività di progettazione, trattamento dei dati e interpretazione dei risultati, statistica ed epidemiologica (equivalente a 310.000 euro)

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1. disponibilità di algoritmi per il computo di indicatori di risorse e povertà e della lista delle relative variabili, con tempi di consegna da parte dei titolari, che siano validati da un esperto

Obiettivo 2. disponibilità di risultati sperimentali che mostrino la fattibilità della acquisizione della sezione di censimento su AURA con copertura almeno dell'85%

Obiettivo 3. disponibilità di risultati sperimentali che mostrino la fattibilità della acquisizione del titolo di studio su AURA con copertura almeno dell'85%

Obiettivo 4. disponibilità di procedure amministrative attraverso cui acquisire dati anagrafici su sezione e foglio di censimento per i comuni dell'area metropolitana (ad esempio Peps o PTC2 della provincia di Torino)

Obiettivo 5. disponibilità di dato sulle disuguaglianze nel campione PASSI delle ASL piemontesi

Obiettivo 6. disponibilità dei dati campionari longitudinali Inps-Inail per un campione allargato fino a .... date di nascita

Obiettivo 7. disponibilità di una prima mappa delle disuguaglianze di salute in Piemonte

Obiettivo 8. disponibilità di un primo modello di reportistica locale sulle disuguaglianze di salute che sia stato giudicato soddisfacente dai professionisti di una realtà pilota

### **Titolo del progetto:**

***Promozione della salute materno infantile (genitori più) nei gruppi vulnerabili, con particolare riferimento alla popolazione immigrata***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 440.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

La realizzazione del programma Genitori Più alle famiglie di immigrati richiede le seguenti attività

- formazione degli operatori al counselling con madri o coppie straniere
- incontri dedicati alle donne straniere fin da che dichiarano di voler iniziare una gravidanza per la somministrazione periconcezionale di acido folico e interruzione dell'eventuale abitudine al fumo.
- incontri nel corso della gravidanza e nel post parto per rafforzare le altre scelte (allattamento, vaccinazione, posizione nel sonno, sicurezza in auto, lettura)
- studio sperimentale per valutare l'impatto raggiungibile con questo intervento

L'attività di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno richiede le seguenti attività:

- punti di sostegno negli ospedali e sul territorio
- formazione degli operatori

### **Contesto**

La pianificazione e l'implementazione di progetti di promozione della salute della popolazione materno infantile non può non prendere in considerazione l'*inverse care law*, ovverosia l'evidenza per cui a giovare maggiormente delle azioni preventive - e in particolare di quelle che richiedono un'attiva collaborazione e l'adozione di comportamenti salubri sia da parte della popolazione target sia del nucleo familiare - sono normalmente i gruppi maggiormente dotati di risorse materiali, di status, di sapere e di aiuti. Affinché anche le fasce più vulnerabili della popolazione possano beneficiare in ugual misura degli interventi è necessario che a queste vengano rivolte iniziative specifiche e pro-attive volte a migliorare la partecipazione e l'esito dei programmi di promozione della salute che hanno un maggiore impatto sul benessere psicofisico.

La prevenzione nella fascia di età evolutiva permette di favorire una adeguata maturazione fisica, cognitiva, emotiva e comportamentale che è alla base di una solida carriera di salute adulta. Il programma Genitori Più è stato concepito per assicurare una pronta e adeguata assunzione dei comportamenti preventivi da parte dei genitori fin da prima del concepimento attraverso una serie di interventi educativi e di follow up da parte dei consultori familiari.

La peculiarità del progetto sta nell'attenzione alla famiglia, parte attiva e consapevole nel percorso di salute dei figli, e nella promozione di pratiche che tendono a ridurre i diversi fattori di rischio, ottenendo effetti sinergici con un atteso miglior profilo costo/efficacia rispetto ad interventi finalizzati a modificare singoli fattori. La campagna si articola su 7 messaggi rapidi e immediati, mirando a contrastare le principali cause di mortalità e morbosità infantili: malformazioni congenite, prematurità e basso peso alla nascita, SIDS, infezioni, infortuni, obesità, difficoltà cognitive e relazionali attraverso:

- assunzione di adeguate quantità di acido folico nel periodo periconcezionale;
- astensione dal fumo di sigaretta durante la gravidanza e, successivamente, nei luoghi frequentati dal bambino;
- allattamento al seno esclusivo nei primi sei mesi di vita;
- posizione supina nel sonno nel primo anno di vita;
- utilizzo di mezzi di protezione in auto e promozione della sicurezza in casa;
- promozione delle vaccinazioni;
- promozione della lettura ad alta voce ai bambini già dal primo anno di vita.

I gruppi di popolazione che possono beneficiare meglio del programma sono quelli più socialmente vulnerabili, in particolare gli immigrati, che hanno maggiori difficoltà e ostacoli ad aderire alle raccomandazioni del programma. Del resto gli immigrati sono la fascia di popolazione con i più alti tassi di natalità. Il progetto si propone di aumentare l'aderenza delle famiglie di immigrati alle raccomandazioni di buona pratica per uno sviluppo corretto del neonato, attraverso il programma Genitori Più finalizzato soprattutto agli immigrati

Per quanto riguarda l'allattamento al seno, inoltre, evidenze scientifiche ed esperienza sul campo, mostrano come punti di sostegno nei centri nascita e sul territorio siano determinanti per rafforzare l'empowerment delle donne sia riguardo la possibilità di allattare al seno in maniera esclusiva, sia sulla durata del medesimo. Infine, la formazione degli operatori (ai sensi del punto 9, Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano su «Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno». (GU n. 32 del 7-2-2008 - Suppl. Ordinario n.

32) è fondamentale per la diffusione della cultura dell'allattamento al seno e il sostegno alla madre. Il rispetto del Codice internazionale OMS UNICEF sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno permette di proteggere la donna che vuole allattare dall'effetto negativo di pubblicità non appropriate e pone le basi per l'ospedale amico del bambino, iniziativa fondamentale per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di aumentare l'aderenza delle famiglie di immigrati alle raccomandazioni di buona pratica nell'età evolutiva viene articolato nei seguenti obiettivi specifici corrispondenti ad ognuna delle attività sopra elencate

valutare nella pratica l'impatto dell'intervento attraverso uno studio sperimentale

aumentare il numero di donne straniere che aderiscono ad ognuna delle sette raccomandazioni

L'obiettivo di fornire assistenza in punti di sostegno dedicati e formare gli operatori in merito al Codice internazionale OMS UNICEF sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno viene articolato nei seguenti obiettivi specifici:

attivazione di punti di sostegno sul territorio, dedicati alla gestante fin dal momento della dimissione del neonato, di bassa soglia ed alta competenza professionale (ostetriche, puericultrici, infermiere pediatriche, pediatri);

attivazione di eventi ecm nelle varie ASL per la formazione teorico pratica in merito ai contenuti del Codice internazionale OMS UNICEF sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno viene articolato nei seguenti obiettivi specifici.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1. mese 1-6

Obiettivo 2-4. mese 1-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

attività di progettazione e studio epidemiologico (equivalente a € 60.000)

formazione degli operatori dei consultori familiari e pediatrici, delle ostetriche e degli infermieri pediatrici (€ 60.000).

formazione mediatori culturali (€ 25.000)

produzione di materiale in lingua italiana e nelle principali lingue straniere (€ 15.000)

potenziamento numero di ore dedicate all'utenza straniera in consultorio familiare e pediatrico (€ 40.000)

borsa di studio per la diffusione ed il monitoraggio del progetto (€ 30.000)

punti di sostegno (87 nei consultori familiari e 14 nei punti nascita) (€150.000)

formazione (€ 60.000)

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

disponibilità di un rapporto che valuti l'impatto dell'intervento in un contesto sperimentale

disponibilità di un sistema di valutazione che valuti l'aumento delle donne che:

assumono acido folico prima del concepimento o appena venute a conoscenza dell'inizio della gravidanza

riducono o smettono di fumare nel corso della gravidanza

allattano al seno ed allungano il periodo di allattamento esclusivo al seno

aderiscono ai programmi vaccinali anche per le vaccinazioni raccomandate

sono più consapevoli dell'utilità di idonei mezzi di contenimento in auto

mettono il neonato supino in culla

fanno attività di lettura ad alta voce fin dai primi giorni di vita

aumento del numero di gestanti che allattamento elusivamente al seno e allungamento della durata di allattamento sia esclusivo che complementare durante lo svezzamento)  
avvio dei corsi ECM sul territorio regionale

**Titolo del progetto:**

***Prevenzione dei tumori nelle donne straniere immigrate e prevenzione dell'infertilità femminile tra le donne immigrate attraverso il riconoscimento e il trattamento tempestivo delle infezioni delle vie genitali***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 240.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

La finalizzazione del programma prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate richiede le seguenti attività

realizzazione di una campagna promozionale specifica per le donne immigrate per favorirne l'accesso allo screening, diffondendo tutte le informazioni necessarie e superando le difficoltà linguistiche e culturali che lo ostacolano, per esempio predisposizione di volantini multilingue (italiano/arabo, italiano/romeno, italiano/cinese) per illustrare i vantaggi del pap-test in modo comprensibile ed accettabile alle diverse popolazioni (su base culturale e religiosa), incontri nei luoghi di ritrovo e nelle occasioni di festa;

attivazione di un punto di prelievo dedicato o di uno spazio dedicato all'interno di un punto prelievo già attivo, con personale appositamente formato e presenza di mediatori culturali;

messa in rete di centri ISI, consultori e strutture del terzo settore per l'attivazione dell'assistenza alle donne straniere, comprese STP ed ENI con Offerta attiva del pap-test a tutte le donne straniere che rientrano nel gruppo target e che si rivolgono ai servizi anche per altri motivi (richiesta di contraccettivi o altri esami, controllo post IVG o post parto).

**Contesto**

La promozione della salute segue le regole dell'inverse care law secondo la quale i gruppi più dotati di risorse materiali, status, sapere e aiuti, sono quelli che beneficiano maggiormente delle azioni preventive che richiedono un'attiva collaborazione e l'adozione di comportamenti salubri per sé e la famiglia. I gruppi più vulnerabili devono essere accompagnati con iniziative pro-attive a partecipare agli obiettivi e ai programmi di promozione della salute che hanno maggiore impatto sulla salute.

La prevenzione dei tumori femminili richiede adeguate capacità di uso dello screening dei tumori del collo dell'utero e della mammella. Il ricorso allo screening è meno frequente tra le donne immigrate, segno di una inadeguata capacità di accesso e di continuità nel percorso di

prevenzione dello screening di popolazione. A Torino, i tumori del collo dell'utero presentano i più alti tassi di incidenza nelle donne immigrate, con un eccesso di rischio rispetto alle italiane dell'86%. Il progetto si propone di aumentare l'aderenza delle donne immigrate alle raccomandazioni di buona pratica nell'accesso e nella continuità di aderenza delle prescrizioni del programma "Prevenzione Serena" in Piemonte. Tale importante progetto prevede la convocazione per lo screening delle donne in regola con il permesso di soggiorno ed iscritte al SSR ponendo, di fatto, in svantaggio le donne STP (straniere temporaneamente presenti) ed ENI (europee non iscritte) che invece sono spesso, per una serie di caratteristiche socio culturali, le più esposte. Tramite i centri ISI (informazione salute immigrati), i centri del volontariato ed i consultori familiari si potrebbe mettere in atto la convocazione per l'esame e fissare la data di consegna dei referti in modo che sia presente una mediatrice culturale. È importante ricordare che la visita programmata all'interno dei programmi di screening del cervico carcinoma è strategicamente rilevante perché viene coinvolta la popolazione a partire dai 25 anni ed è quindi un'occasione importantissima per l'offerta di counselling e sostegno sulla procreazione consapevole e sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (MST).

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di aumentare l'aderenza delle donne immigrate alle prescrizioni del programma di screening Serena è articolato nei seguenti obiettivi specifici:  
incremento dell'adesione al pap test tra le donne straniere, regolari e non;  
incremento delle diagnosi di lesioni precocissime e precoci;  
riduzione della diagnosi di lesioni invasive con conseguente riduzione delle terapie, delle degenze, dei costi;  
informazione a tutto campo alle donne con counselling su MST, contraccezione, possibilità di denunciare violenze, tratta e sfruttamento.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1 e 4. mese 1-12 contatto con le donne, mese 12: analisi dei risultati

Obiettivo 2 e 3. mese 2-12 effettuazione dei test

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

€ 120.000 per effettuazione pap test ;

€ 70.000 mediatori culturali;

€ 50.000 materiale informativo e divulgativo.

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1. raggiungere con la campagna di informazione tutte le comunità maggiormente rappresentate sul territorio

Obiettivo 2. aumentare il numero di pap test effettuati a donne STP ed ENI

Obiettivo 3. raggiungere con lettera tutte le donne regolarmente iscritte al SSR;

Obiettivo 4. aumentare il numero di donne regolarmente iscritte al SSR che si sottopongono a screening.

**Titolo del progetto:**  
***Vaccinazione e salute orale tra i nomadi***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

**Spese stimate anno 2012**

**€ 240.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

La finalizzazione del programma di vaccinazione e salute orale nei bambini nomadi richiede le seguenti attività:

formazione degli operatori al counselling con famiglie nomadi in tema di vaccinazione assicurando sull'efficacia e sicurezza del vaccino;

incontri dedicati alla collettività nomade presente sul territorio avvalendosi di mediatori culturali e leader di comunità sulla prevenzione delle malattie infettive e sulla tutela della salute orale;

organizzazione di momenti di formazione "sul campo" per insegnare concretamente le basi dell'igiene orale, come identificare precocemente carie o ascessi, come prevenire parodontopatie, come farsi curare e da chi, con particolare attenzione alle famiglie nuove giunte al campo o che hanno un neonato per descrivere loro la prevenzione delle malattie infettive tramite vaccinazione;

implementazione di un programma sanitario di prevenzione primaria e secondaria delle patologie orali tramite un approccio ludico-educativo in modo che il primo contatto con il dentista (si stima che oltre il 90% dei bimbi rom non sia mai stato visto da un dentista) sia affettivo e positivo, in modo da permettere che si possano interiorizzare le pratiche di igiene e prevenzione comprese mediante l'esperienza diretta di salute e di benessere durante il gioco.

**Contesto**

Nel 2010, in Bulgaria, un'epidemia di morbillo con alta letalità (24.000 casi diagnosticati e 24 decessi accertati, tutti in età pediatrica, causati da una malattia infettiva prevenibile con un vaccino a basso costo) ha colpito quasi esclusivamente la popolazione Rom, come conseguenza della bassa copertura vaccinale selettiva in questo gruppo etnico. La bassa copertura vaccinale era dovuta ad un difficile accesso alla prevenzione mentre l'alta letalità è stata determinata da un difficile e tardivo accesso a cure tempestive e di qualità.

Parallelamente, sul versante della salute orale, un recente studio effettuato nel territorio dell'ASL TO3 ha messo in luce come in media i bimbi rom visitati avessero 2.7 ascessi in bocca arrivando fino ad 11 ascessi contemporanei, che la metà dei denti da latte risultavano cariati, che 2/3 dei bambini avevano mal di denti, che solo 1/30 era stato visto da un dentista.

Il progetto si propone dunque da una parte di aumentare tramite un'offerta attiva e costante l'adesione delle famiglie dei nomadi alle campagne di vaccinazione e dall'altra di salvaguardare la salute orale dei piccoli nomadi presenti sul territorio regionale partendo dal presupposto che i

gruppi più vulnerabili devono essere accompagnati con iniziative pro-attive a partecipare agli obiettivi e ai programmi di promozione della salute.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di aumentare l'aderenza dei bambini immigrati a vaccinazioni e salute orale è articolato nei seguenti obiettivi specifici corrispondenti ad ognuna delle attività sopra elencate  
aumentare l'aderenza dei bambini immigrati alle vaccinazioni;  
diminuire la frequenza di problemi di salute orale.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1. mese 1-12

Obiettivo 2. mese 1-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

€ 120.000 mediatori

€ 60.000 formazione

€ 60.000 materiale informativo multilingue

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1. aumento del numero di bambini presenti nei campi nomadi che si sottopongono alle vaccinazioni e completano il ciclo effettuando tutti i richiami previsti;

Obiettivo 2. riduzione del numero di carie ed ascessi nei bambini presenti nei campi nomadi grazie a un corretto approccio all'igiene orale e all'individuazione precoce di eventuali lesioni.

### **Titolo del progetto:**

***Valutazione di impatto sanitario delle politiche orientata all'equità***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

10128 Torino

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 640.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

La VIS orientata all'equità si dovrà sviluppare attraverso le seguenti attività:

sviluppo di un modello di VIS orientata all'equità articolato in quattro fasi (identificazione epidemiologica delle politiche prioritarie sulla base delle disuguaglianze di esiti di salute ad esse potenzialmente correlate, ricostruzione di meccanismi di azione sulla salute delle politiche non sanitarie e screening della presenza di possibili discriminazioni sociali nell'ambito di ogni meccanismo di azione, identificazione delle possibili azioni di correzione, valutazione dei risultati); PEPS di Torino: ricerca delle politiche maggiormente associate alle disuguaglianze di salute attraverso la ricostruzione di 40 anni di correlazione tra politiche e disuguaglianze di salute nello studio longitudinale torinese (1971-2010) e relativa valutazione dei risultati con gli stakeholder torinesi (amministrazione comunale, forze economiche e sociali); valutazione di impatto sulle disuguaglianze di salute degli interventi di rigenerazione urbana di Torino (in particolare l'intervento Urban 2); valutazione di potenziale impatto sulle disuguaglianze di salute dei fondi strutturali a livello italiano; valutazione di impatto sulle disuguaglianze di salute della crisi economico finanziaria (con particolare attenzione al lavoro); valutazione di impatto sulle disuguaglianze di salute delle misure di aumento della compartecipazione alla spesa in sanità (in particolare il superticket del 2011); come esempio di intervento di parte sanitaria per il contrasto delle disuguaglianze di salute derivanti dagli effetti della crisi sulla disoccupazione: "borse lavoro" da assegnare ad utenti dei DSM piemontesi che cercano di entrare per la prima volta, o di rientrare, nel mondo del lavoro, strumento che consente, al momento attuale, di avviare a due canali che si sono venuti ridimensionando moltissimo: le liste di collocamento per invalidi civili (che hanno tempi di attesa molto lunghi) e le cooperative per l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati (che dipendevano molto, in Piemonte, dagli appalti delle Pubbliche Amministrazioni, che sono in netta contrazione).

### **Contesto**

Buona parte delle disuguaglianze di salute è spiegata dall'impatto delle politiche non sanitarie, o perché determinano le disuguaglianze di reddito, di status e di aiuto che influenzano negativamente la salute (politiche del lavoro, dell'istruzione, dell'economia, della sicurezza sociale), o perché agiscono in modo ineguale su determinanti della salute diversi da quelli sociali (politiche dei trasporti, dell'ambiente, urbanistica, servizi...) (Commissione d'indagine sull'esclusione sociale. Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale, pp 201-248).

Appare dunque evidente come sviluppare le capacità e le metodologie necessarie per prevedere, stimare e valutare l'impatto delle politiche non sanitarie sulla salute e sulle disuguaglianze di salute sia un passo fondamentale nell'ottica di promuovere una distribuzione omogenea della salute nella popolazione. Un obiettivo peraltro adottato anche dalla Joint Action europea Equity Action, nata a seguito della Comunicazione della Commissione europea "Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU" e a cui l'Italia partecipa tramite Agenas, Regione Piemonte e Regione Veneto. Tale progetto ha infatti dedicato un'intera area di ricerca alla definizione di un modello condiviso di health impact assessment with an equity focus (valutazione di impatto alla salute, VIS) con un focus sull'equità) e sta sottoponendo numerose politiche e interventi al vaglio di tale strumento.

Il progetto si propone dunque di contribuire a introdurre i metodi della VIS orientata all'equità nella valutazione e nella progettazione di politiche non sanitarie in Piemonte e a favorirne l'introduzione nel resto del paese attraverso la Joint Action europea.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di promuovere valutazione di impatto sanitario orientata all'equità viene articolato nei seguenti obiettivi specifici corrispondenti ad ognuna delle attività sopra elencate:

- sviluppo di un modello di VIS orientata all'equità;
- identificare le politiche maggiormente associate alle disuguaglianze di salute;
- valutare impatto sulle disuguaglianze di salute degli interventi di rigenerazione urbana;
- identificare potenzialità di impatto sulle disuguaglianze di salute dei fondi strutturali europei;
- valutare impatto sulle disuguaglianze di salute della crisi economico finanziaria;
- valutare impatto sulle disuguaglianze di salute dei ticket;

favorire il reinserimento lavorativo dei malati psichiatrici.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

- Obiettivo 1. mese 1-6
- Obiettivo 2. mese 1-6
- Obiettivo 3. mese 1-6
- Obiettivo 4. mese 7-12
- Obiettivo 5. mese 1-12
- Obiettivo 6. mese 7-12
- Obiettivo 7. mese 9-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

€ 70.000 per aggiornamento e validazione delle fonti informative

€ 70.000 per alimentazione ed amministrazione dwh;

€ 100.000 per analisi statistica;

€ 100.000 per progettazione, revisione bibliografica, interpretazione dei risultati, stesura dei rapporti, comunicazione dei risultati

€ 300.000 per borse di lavoro

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

disponibilità di un documento di guida metodologica di VIS orientata all'equità;

disponibilità di un dataset longitudinale adeguato per l'analisi statistico epidemiologica su 40 anni di storie di salute a Torino (1971-2010) in relazione alle caratteristiche socioeconomiche come registrate ai censimenti di popolazione;

disponibilità di un rapporto sui risultati di valutazioni di impatto sulle disuguaglianze di salute degli interventi di rigenerazione urbana a Torino (progetto THE GATE), che servano da modello agli altri interventi (come i progetti URBAN);

disponibilità di un rapporto che identifichi le potenzialità di impatto sulle disuguaglianze di salute dei fondi strutturali a livello italiano;

disponibilità di un articolo pubblicato sui meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute della crisi economico finanziaria;

disponibilità di un articolo pubblicato su impatto sulle disuguaglianze di salute dell'introduzione del superticket del 2011;

adeguatezza del numero di "borse lavoro" da assegnare ad utenti dei DSM piemontesi che cercano di entrare per la prima volta, o di rientrare, nel mondo del lavoro.

### **Titolo del progetto:**

***Traumatologia grave, malattie croniche e patologia evolutive nella popolazione immigrata***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 640.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

Il progetto include le seguenti misure proattive volte al miglioramento della condizione di salute degli immigrati:

gestione di almeno un centro ISI per ASL con le attività di accoglienza; informazione, prevenzione e promozione della salute; accompagnamento; diagnosi, cura e riabilitazione;

possibilità di ricoverare pazienti immigrati (regolarmente presenti o no) presso un centro regionale specializzato in assistenza spinale;

possibilità di degenza in *hospice* per pazienti senza fissa dimora o con abitazioni in condizioni igienico sanitarie non compatibili con le loro condizioni di salute;

descrizione dei profili sanitario demografico, epidemiologico e clinico dei pazienti in carico ai centri ISI stranieri;

promozione della salute attraverso l'attivazione di iniziative di informazione mirata e di prevenzione (screening, contraccezione, area materno infantile, sicurezza sul lavoro);

assistenza alla salute mentale per gli stranieri immigrati tramite professionisti specializzati in etnopsichiatria ed etnopsicologia.

### **Contesto**

Il migrante volontario per motivi economici, ossia il soggetto che lascia il proprio Paese per lavorare in uno dove abbia maggiori possibilità di reddito, è generalmente un adulto giovane e nel pieno della propria salute (effetto migrante sano). Il suo profilo è condizionato da vari elementi che possiamo schematizzare, in ordine cronologico, come fattori di rischio ai quali sono esposti nel Paese di provenienza (genetici, culturali, comportamentali, microbiologici ambientali...), fattori di rischio ai quali sono esposti nel corso della migrazione (la quale a volte è particolarmente lunga, pericolosa, laboriosa), fattori di rischio ai quali sono esposti nel Paese ospite specie se il progetto migratorio non trova piena realizzazione (motivi legali, professionali, culturali, personali) e l'immigrato si trova esposto ai fattori di rischio propri della povertà (precarietà abitativa e sovraffollamento, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione carente, disagio psicologico, difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari) con depauperamento del suo patrimonio di salute fino a quello che viene definito "effetto migrante esausto". Tra i quadri di maggior rilievo sanitario e sociale si registrano i casi di migranti affetti da gravi ed invalidanti malattie cronico degenerative (cardiopatie, affezioni delle vie respiratorie, diabete, insufficienza renale) o neoplastiche o sopravvissuti a gravissimi incidenti che hanno lasciato esiti permanenti limitanti l'autonomia e le possibilità di reinserimento lavorativo. La prevenzione secondaria e terziaria dei danni permanenti dovuti a lesioni midollari sono elementi essenziali per la qualità della vita del paziente mieloleso così come la prevenzione delle complicanze tardive: occorrono diagnosi e stabilizzazioni tempestive e potenziamento della rete delle Unità Spinali Unipolari. Lo sviluppo dell'autonomia e della competenza del paziente sono elementi cardine per la qualità della vita, per il peso socio assistenziale, per il recupero di un buon rapporto con l'ambiente di vita e di lavoro anche grazie alla fornitura di ausili appropriati ed un mirato sostegno psicologico. Tale obiettivo è raggiungibile solo attraverso una pianificazione dell'assistenza volta al contrasto delle disuguaglianze e delle barriere all'accesso, come le barriere giuridico legali e burocratico-amministrative, economiche, organizzative (orari, genere del medico, bassa soglia almeno per il primo accesso ...) ed alla fruibilità (barriere linguistiche, comunicative, interpretative) dell'assistenza.

Agli stranieri temporaneamente presenti (STP) e i cittadini europei non iscrivibili(ENI), non iscrivibili al SSN, sono assicurate le cure ambulatoriali urgenti (che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona) o comunque essenziali (prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie che nel tempo potrebbero determinare maggior danno per la salute) ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i

programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva". L'assistenza "di base" in Piemonte, è garantita dai Centri ISI (Informazione Salute Immigrati) sono stati istituiti in Piemonte dal 1996, inizialmente in modo sperimentale, con passaggio a regime con D.G.R. 43-14393 del 20/12/2004.

Proprio presso i centri ISI si sono rilevate, nel corso degli anni le suddette patologie croniche ed invalidanti tanto che è stato necessario prevedere anche per i pazienti in regola con le norme di soggiorno, esenzione per patologia (circolare 12139/29 del 3/8/2004), l'assistenza protesica ed integrativa (D.G.R. n. 6-3264 del 27/6/2006), la possibilità di fruire del trasporto sanitario per terapia dialitica ed altre indispensabili terapie ospedaliere, dell'ossigenoterapia domiciliare e dell'assistenza per malattie terminali (D.G.R. n. 8-8042 del 21/01/08). Pur trattandosi di prestazioni che rappresentano un onere per il SSR tali soluzioni rappresentano comunque la miglior risposta dal punto di vista legale, organizzativo ed etico sia per situazioni contingenti che per prevenire l'aggravamento di condizioni patologiche allo stato iniziale.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di offrire un'assistenza sanitaria di qualità, accessibile, di facile fruibilità agli immigrati non regolarmente presenti è articolata nei seguenti obiettivi specifici corrispondenti ad ognuna delle attività sopra elencate

fornire assistenza di base presso i centri ISI con il prezioso ausilio dei mediatori culturali che permettono di meglio interpretare i bisogni di salute dei pazienti dal punto di vista, non solo linguistico, ma anche culturale e religioso;

accogliere in regime di degenza ordinaria, e, ove possibile, di DH dall'USU A.S.O. CTO di Torino tutti i pazienti mielolesi sia per un programma di riabilitazione, sia per la prevenzione delle lesioni secondarie terziarie tipiche di questi pazienti;

accogliere in strutture dedicate i pazienti malati terminali nel rispetto della dignità della persona;

tracciare un quadro epidemiologico dei bisogni di salute della popolazione straniera presente sul territorio regionale al fine di modulare l'offerta e le campagne di informazione e prevenzione;

organizzazione di eventi informativi avvalendosi della collaborazione di educatori, mediatori culturali e leader di comunità;

assistenza alla salute mentale per gli stranieri in strutture dedicate e con professionisti appositamente.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1-6. mese 1-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

€ 260.000 funzionamento centri ISI

€ 60.000 unità spinale

€ 20.000 hospice

€ 20.000 analisi epidemiologiche

€ 60.000 materiale informativo

€ 220.000 centri salute mentale

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1. incremento dell'assistenza di base a STP ed ENI con riduzione dei passaggi impropri in pronto soccorso e dei ricoveri causati da diagnosi tardive;

Obiettivo 2: incremento delle attività di cura e riabilitazione e riduzione delle secondarie e terziarie in pazienti STP ed ENI mielolesi presenti in Piemonte;

Obiettivo 3: ridurre i ricoveri impropri in reparti di medicina o strutture di lungodegenza di pazienti malati terminali;

Obiettivo 4: rilevare lo stato di salute di STP ed ENI con un apposito set di indicatori e tramite l'analisi dei dati dei centri ISI;

Obiettivo 5: organizzazione di almeno 4 eventi informativi in collaborazione con leader di comunità, educatori, mediatori culturali

Obiettivo 6: riduzione dei pazienti STP o ENI in terapia con psicofarmaci, ma senza sostegno psicologico dedicato.

**Titolo del progetto:**

***Disparità di salute e sanità in montagna***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

Direzione: Sanità

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 140.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

La realizzazione del programma richiede le seguenti attività:

ricerca e costruzione di indicatori di contesto demografico e socioeconomico che permettano di discriminare le differenze strutturali e di offerta tra pianura e montagna a livello comunale in Piemonte

elaborazione descrittiva dei trend temporali di mortalità e di morbosità per causa nelle differenze tra montagna e pianura in Piemonte

ricostruzione delle storie migratorie tra montagna e pianura in Piemonte negli ultimi decenni

applicazione di modelli multivariati allo studio delle differenze tra pianura e montagna negli indicatori di salute in Piemonte per disarticolare il ruolo del contesto, da quello della storia migratoria

**Contesto**

Le disparità tra montagna e pianura rappresentano una dimensione delle disuguaglianze particolarmente trascurata in Piemonte. Eppure tutte le analisi epidemiologiche fatte anche recentemente per l'elaborazione dei profili locali di salute mostrano un sistematico svantaggio di più di un anno di speranza di vita tra montagna e pianura. Le spiegazioni di questo svantaggio possono risiedere o nelle differenze di sviluppo socioeconomico (che si sa essere uno dei macrodeterminanti di salute), o in processi di selezione (per cui i soggetti più sani si sarebbero allontanati dalla montagna negli anni della migrazione verso i poli di attrazione economica della pianura) o in meccanismi di discriminazione all'accesso ai servizi e alle opportunità che hanno influenza sui problemi e gli esiti di salute. E' rilevante comprendere l'importanza relativa di questi meccanismi poiché solo l'ultimo può essere aggredito con politiche di allocazione dell'offerta di servizi, sia sanitari sia non sanitari, mentre i primi due sono fenomeni demografici e socioeconomici più difficilmente influenzabili dalle politiche. Il progetto si propone di aggiornare la

conoscenza sulle differenze di salute e di sanità tra pianura e montagna e di stimare l'importanza relativa dei meccanismi di generazione.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di comprendere le origini delle differenze di salute tra montagna e pianura in Piemonte viene articolato nei seguenti obiettivi specifici  
descrivere il trend temporale di mortalità tra pianura e montagna negli ultimi decenni in Piemonte  
descrivere le differenze di morbosità tra pianura e montagna in Piemonte negli ultimi anni  
stimare l'importanza relativa dei meccanismi di generazione delle differenze di mortalità tra pianura e montagna in Piemonte

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per le attività:

Attività 1. mese 1-2

Attività 2. mese 2-8

Attività 3. mese 2-8

Attività 4 mese 9-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

1. 70.000 euro per attività di progettazione e studio epidemiologico

2. 70.000 euro per attività di trattamento dati

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

disponibilità di risultati validi di trend di mortalità dagli anni 80 ai 2000

disponibilità di risultati validi di morbosità per gli anni 2000

disponibilità di risultati validi di rischio attribuibile per tutte e due le ipotesi (selezione migratoria e contesto socioeconomico)

### **Titolo del progetto:**

***Protezione delle popolazioni fragili in occasione delle emergenze stagionali***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 140.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

La realizzazione del programma richiede le seguenti attività:

organizzazione del piano annuale con tutti i partner del piano (assessorato, epidemiologia, arpa, comuni, associazione dei medici)

definizione da parte di esperti geriatri ed epidemiologi di un algoritmo di selezione dei soggetti anziani fragili riconoscibili sulla base del sistema informativo sanitario regionale SISR (ricoveri e consumi di farmaci)

estrazione della lista dei fragili dal SISR organizzati per medico di famiglia e distribuzione alle ASL e ai Distretti sanitari

trasmissione da parte dei distretti ai medici di famiglia della lista dei fragili di competenza insieme con le raccomandazioni per le azioni da svolgere in corrispondenza delle emergenze

validazione della lista da parte dei MMG ed individuazione della popolazione priva di caregiver per la quale richiedere l'intervento del Servizio Socio Assistenziale e delle risorse di sostegno presenti sul territorio (Associazioni di Volontariato)

sistema epidemiologico di allerta risultante dalla raccolta e dall'elaborazione di dati meteorologici e di mortalità giornalieri per la previsione e la comunicazione del rischio potenziale nei giorni successivi alla popolazione, ai professionisti, alle istituzioni

sorveglianza epidemiologica dei risultati di salute delle ondate di calore nell'estate

### **Contesto**

La pianificazione e l'implementazione di progetti di promozione della salute della popolazione infantile e anziana non può non prendere in considerazione l'*inverse care law*, ovvero l'evidenza per cui a giovare maggiormente delle azioni preventive - e in particolare di quelle che richiedono un'attiva collaborazione e l'adozione di comportamenti salubri sia da parte della popolazione target sia del nucleo familiare - sono normalmente i gruppi maggiormente dotati di risorse materiali, di status, di sapere e di aiuti. Affinché anche le fasce più vulnerabili della popolazione possano beneficiare in ugual misura degli interventi è necessario che a queste vengano rivolte iniziative specifiche e pro-attive volte a migliorare la partecipazione e l'esito dei programmi di promozione della salute che hanno un maggiore impatto sulla protezione della salute.

La prevenzione delle conseguenze sfavorevoli sulla salute delle emergenze meteorologiche stagionali tra gli anziani fragili è un esempio particolarmente significativo di come la fragilità clinica e la vulnerabilità possono interagire ad aggravare le conseguenze delle esposizioni a condizioni climatiche sfavorevoli, in particolare quelle legate alle ondate di calore estive. L'esperienza dell'estate 2003 a Torino ha visto in due mesi un eccesso di circa 550 decessi tra gli anziani ultra 75 rispetto al numero dei decessi attesi sulla base del rischio di mortalità giornaliera osservato nelle estati di confronto precedenti. Da allora la Regione, e molte aree urbane, sostenute anche dalla Provincia di Torino, hanno messo a punto piani di intervento con l'obiettivo di limitare queste conseguenze. Obiettivo di questo programma nel 2012 è di prevenire gli esiti sfavorevoli delle ondate di calore estive attraverso specifiche azioni sanitarie in aggiunta a quelle non sanitarie assunte dai comuni.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di diminuire gli effetti sfavorevoli sulla salute dell'ondata di calore sui più fragili e vulnerabili viene articolato nei seguenti obiettivi specifici

identificare gli anziani fragili

raggiungere con l'informazione e le raccomandazioni i medici di famiglia degli anziani fragili

attivazione della rete di supporto socio assistenziale e informale per la presa in carico dei soggetti privi di un caregiver adeguato

allertare la popolazione, i professionisti e le istituzioni in corrispondenza dei momenti di maggiore rischio

valutare l'impatto sulla salute e sulle disuguaglianze di salute dell'ondata di calore e delle azioni di prevenzione

divulgare i risultati delle valutazioni di impatto in particolare ai professionisti coinvolti nel programma di prevenzione e ridefinire il piano di attività alla luce dei punti di forza e delle criticità individuate

#### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per le attività:

Attività 1. mese 1-2

Attività 2 mese 2-3

Attività 3. mese 4-5

Attività 4 mese 5-6

Attività 5 mese 6-8

Attività 6 mese 6-8

Attività 7 mese 9-12

#### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

1. 30.000 euro per attività di progettazione e studio epidemiologico
2. 70.000 euro per attività di trattamento dati
3. 40.000 euro per attività di organizzazione e comunicazione

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

identificare tutti i fragili residenti riconoscibili con le informazioni del SISR

raggiungere tutti i medici di famiglia convenzionati

predire in tutti i giorni estivi il rischio

disponibilità di un rapporto di valutazione dell'impatto delle ondate di calore estive

#### **Titolo del progetto:**

***Sistema Informativo Stranieri Temporaneamente Presenti – S.T.P.***

Referente:

**Emanuela del Savio**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso R. Margherita 153**

**10122 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 1 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 4.121.873,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 500.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

Con deliberazione n. 56-10571 del 15.7.96 la Giunta Regionale, in attuazione di quanto disposto all'art. 13 D.L. 17.5.96, n. 269 e successive reiterazioni, ha approvato, a carattere sperimentale con durata annuale, misure organizzative e modalità operative per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria agli stranieri temporaneamente presenti sul territorio regionale, prevedendo presso le Aziende Sanitarie Locali individuate il Centro Salute Immigrati - siglabile I.S.I.;

L'attività in oggetto è compresa fra le aree di intervento sanitario di cui all'allegato B della legge regionale 12 dicembre 1997, n. 61 di programmazione sanitaria e Piano sanitario regionale per il triennio 1997-1999; Piano socio-sanitario regionale 2007-2010, Cap. 4, Par. 5. 3.6, Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, All. 1.3.14 "La salute degli immigrati e delle immigrate" con l'obiettivo di assicurare il coordinamento e l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in attuazione di quanto disposto dal Legislatore, assicurando il funzionamento di idonei flussi informativi necessari a fini epidemiologici ed economici;  
La sperimentazione è passata a regime nell'anno 2004.

In esecuzione di quanto sopra si è richiesto al C.S.I. Piemonte di predisporre un progetto per la gestione informatizzata dei Centri di Informazione Salute Immigrati, finalizzato alla standardizzazione delle rilevazioni dati; a fornire strumenti omogenei per la gestione degli stessi; a fornire strumenti informatici per il supporto all'automazione dei Centri; a fornire alla Direzione regionale Controllo delle Attività Sanitarie i reports di supporto al monitoraggio sugli aspetti epidemiologici, economici e statistici dell'assistenza erogata tramite i Centri I.S.I., anche mediante l'assicurazione a detti Centri delle informazioni di ritorno relative alle prestazioni sanitarie erogate, mediante utilizzo dei flussi prestazioni sanitarie istituiti dal livello centrale regionale e raccolti mensilmente presso il C.S.I. Piemonte nell'ambito delle attività di gestione del S.I.S.;

Ragioni di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza, anche alla luce degli obiettivi stabiliti per l'area "Sistema Informativo" al par. 21 della L.R. 61/97 di Piano Sanitario Regionale sopra richiamata, rendono necessario provvedere a una revisione e riprogettazione del sistema di cui al precedente alinea, tale da assicurare uniformità del sistema di raccolta dati con una rete centralizzata che permetta l'aggiornamento *on line* in tempo reale, eliminando i ritardi e le possibili anomalie connesse all'attuale modalità di gestione; registrare le informazioni da più posti di lavoro, anche se collocati in località diverse, rendendo possibile il decentramento della rilevazione, come necessario per le numerose A.S.L. che operano a livello di distretto; ottimizzare la gestione, il reperimento e l'elaborazione delle informazioni, agevolando la produzione di "reports" sia a livello locale (A.S.L./A.S.O.) sia a livello regionale, presso la Direzione Sanità della Regione Piemonte; ottenere una banca dati di riferimento valida per tutte le elaborazioni svolte all'interno dell'Assessorato preposto, anche ai fini di assolvimento ai debiti informativi verso il Ministero Economia e Finanze e il Ministero della Sanità, consentendo infine al programma in dotazione di arricchirsi dell'area clinica, in previsione dell'attuazione del fascicolo informativo

### **Contesto**

Organizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti in Piemonte mediante i Centri Informazione Salute Immigrati - I.S.I.. Il progetto è iniziato in forma sperimentale nel 1996 e, considerati i buoni risultati ottenuti, è passato a regime nel 2004.

### **Obiettivi**

Monitoraggio sugli aspetti epidemiologici, economici e statistici dell'assistenza erogata tramite i Centri I.S.I. agli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Tempi di predisposizione e sperimentazione (un anno).

### **Costi connessi**

€ 500.000,00=

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

Produzione reports, analisi e azioni di miglioramento

---

## **Linea progettuale 2 Promozione dell'approccio di genere in sanità**

**Titolo del progetto:**

***Prevenzione della violenza***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 2 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 824.375,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 200.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

La costruzione di un sistema di riconoscimento precoce delle situazioni a maggior rischio di violenza sulle donne richiede le seguenti attività

Revisione di letteratura e raccolta di bibliografia sul tema delle violenze di genere in Italia.

Produzione di materiale informativo relativo alla situazione attuale ed alle iniziative presenti sul territorio piemontese.

Valutazione della qualità delle fonti informative nella segnalazione dell'origine violenta dei traumi.

Algoritmi per l'integrazione ed il collegamento delle diverse fonti informative

Valutazione degli accessi ripetuti in PS e 118 per trauma e valutazione degli accessi ripetuti da aggressione.

Individuazione delle vittime e classificazione per pattern sociale demografico, familiare, ecc.

Calcolo di alcuni primi indicatori

Valutazione dell'ipotesi di pratiche di aborti selettivi sul nostro territorio calcolando il tasso di mascolinità tra i nuovi nati, stratificando in base alla nazionalità della madre.

Collaborazioni e contatti con altri gruppi che lavorano sullo stesso tema.

### **Contesto**

La violenza sulle donne è uno dei risultati più radicali delle differenze di genere nella salute, perché deriva dal combinato disposto della propensione alla prevaricazione maschile nei rapporti di potere e della condizione femminile di vittima nella nostra società.

L'identificazione dei casi di violenza verso soggetti più deboli e vulnerabili (donne, bambini, anziani, disabili), specie se di natura sessuale, è per sua natura complessa e sottostimata. Una alta percentuale di tali violenze vengono compiute in ambito familiare e domestico, presentando quindi la caratteristica di essere ripetute.

La sanità può dare un contributo significativo alla prevenzione della violenza sulle donne attraverso sistemi precoci di riconoscimento delle situazioni a maggior rischio che permettano una presa in carico delle condizioni a rischio da parte del sistema di sicurezza e di protezione sociale. Il progetto si propone di installare un sistema di riconoscimento precoce delle situazioni a maggiore rischio attraverso i flussi informativi sanitari disponibili, in particolare il Pronto Soccorso.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale è quello di aumentare la capacità di riconoscimento precoce delle situazioni a maggior rischio di violenza sulle donne. Esso è articolato nei seguenti obiettivi specifici, relativi alle attività sopra elencate

Effettuare una revisione di letteratura a livello regionale e nazionale.

Valutare la qualità delle fonti ed il livello di dettaglio informativo che possono fornire nell'individuazione di vittime di violenza.

Definire dei pattern clinici e socio-demografici delle vittime di violenza individuate tramite fonti sanitarie;

Analizzare la distribuzione degli accessi ripetuti per traumi avvenuti in casa per sesso e fascia di età, sia in generale che per gli individui identificati come vittime di violenza.

Sperimentare criteri di collegamento ed integrazione tra le fonti informative disponibili

Studiare il tasso di mascolinità dei nuovi nati da madri residenti in Piemonte per cittadinanza, in modo da individuare eventuali anomalie riconducibili ad aborti selettivi.

Prendere contatti con enti che si occupano di assistere le vittime di violenza domestica e ricercare collaborazioni.

Produrre materiale informativo da diffondere.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1.	mese	1-3
Obiettivo 2.	mese	1-3
Obiettivo 3.	mese	3-9
Obiettivo 4.	mese	3-12
Obiettivo 5.	mese	3-9
Obiettivo 6.	mese	6-12
Obiettivo 7.	mese	1-12
Obiettivo 8.	mese	6-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

Raccolta di materiale informativo (equivalente a 50.000 euro)

Elaborazione dei dati (equivalente a 100.000 euro)

Partecipazione ad eventi e preparazione di materiale divulgativo (equivalente a 50.000 euro).

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1.

Strutturazione di un dossier contenente la principale letteratura pertinente suddivisa per aree di origine.

Obiettivo 2.

Presenza di documentazione sulla qualità delle fonti.

Obiettivo 3.

Tassi di accessi al PS e tassi di ospedalizzazione dovuti a traumi attribuibili a violenza sul totale degli accessi al PS di donne per fascia di età  
Frequenza di soggetti a rischio stratificati per fascia di età, condizione socio-economica ed area di residenza

Obiettivo 4.

Frequenze di accessi ripetuti al PS per traumi avvenuti in casa stratificati per fascia di età, area di residenza e struttura

Obiettivo 5.

Raccolta e sperimentazione di criteri di collegamento e produzione di un rapporto sulle esperienze effettuate.

Obiettivo 6.

Produzione di restituzioni contenenti i tassi di mascolinità tra i nati da madri residenti in Piemonte, stratificati per la cittadinanza della madre

Obiettivo 7.

Partecipazione ad eventi a livello regionale  
Numero di enti individuati e contattati sul territorio piemontese

Obiettivo 8.

Documentazione prodotta relativa alla situazione della violenza di genere e ad iniziative sul territorio e relativa diffusione

**Titolo del progetto:**

***Bilancio di genere nella salute***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 2 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 824.375,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 200.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

La disponibilità di un bilancio di genere nella salute richiede le seguenti attività:  
approfondire la revisione bibliografica dei principali indicatori utili a descrivere eventuali differenze di genere nello stato di salute e il ricorso ai servizi nel territorio piemontese;

revisare le principali fonti informative disponibili in Regione Piemonte (sia correnti che campionarie) in grado di contribuire alla messa a punto di un repertorio di indicatori di salute stratificati per genere;

revisare, aggiornare e arricchire il patrimonio di flussi informativi e di librerie indicatori già disponibili e utilizzati per la redazione del bilancio di genere;

facilitare l'accesso e rendere disponibili a tutti gli operatori interessati gli indicatori di salute e contribuire alla loro interpretazione epidemiologica.

### **Contesto**

L'importanza di una prospettiva di genere nella valutazione dei diversi aspetti di una società è ben consolidata a livello internazionale e nazionale. A titolo di esempio, la Banca Mondiale ha un portale dedicato alle statistiche di genere (<http://datatopics.worldbank.org/gender/>) e l'ISTAT è sì impegnata da tempo a diffondere statistiche articolate per genere ([http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20070307\\_00/](http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070307_00/)).

La Regione Piemonte da alcuni anni si è dotata di un bilancio di genere, giunto attualmente alla sua terza edizione (3° Bilancio di genere della regione Piemonte; IRES Piemonte, 2011 - <http://www.bilanciogenero-rapportocondizionefemminilepiemonte.eu/materiali/TerzoBilanciodiGenereRegionePiemonte.pdf>),

per valutare le implicazioni delle differenze di genere nelle politiche e contribuire alla promozione di politiche di pari opportunità. Tra gli ambiti considerati, quello della salute è di particolare importanza, sia per le sue ricadute sui costi dell'assistenza, sia per il suo ruolo nella definizione degli obiettivi di benessere nello sviluppo di una società.

Il progetto si propone di progettare e realizzare un bilancio di genere basato su un data warehouse di indicatori che garantisca un'attenzione sistematica alle differenze di genere nella salute in modo da permettere alla programmazione sanitaria e non sanitaria di misurarsi con l'impatto sulle differenze di salute per genere nell'ambito delle scelte politiche.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di aumentare la disponibilità e l'accessibilità dei dati sulle differenze di genere nella salute è articolata nei seguenti obiettivi specifici corrispondenti ad ognuna delle attività sopra elencate:

aggiornare la bibliografia disponibile in merito ad indicatori utili a monitorare differenze di genere nella salute;

aggiornare le fonti informative a disposizione e acquisire eventuali nuove fonti informative;

arricchire il dwh di flussi informativi e indicatori con dati aggiornati;

rendere accessibili e pubblicare indicatori disponibili con particolare attenzione agli aspetti di genere.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1. mese 1-3

Obiettivo 2. mese 1-6

Obiettivo 3. mese 3-9

Obiettivo 4. mese 7-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

€ 30.000 per revisione bibliografica;

€ 60.000 per aggiornamento e validazione delle fonti informative;

€ 70.000 per alimentazione ed amministrazione dwh;

€ 40.000 per sistemi di accesso, pubblicazione indicatori e contributo alla loro interpretazione.

Indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto. Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto.

Obiettivo 1. disponibilità di lista di indicatori;  
Obiettivo 2. rapporto sulle qualità e accessibilità delle informative;  
Obiettivo 3. disponibilità di dwh aggiornato e documentato;  
Obiettivo 4. mantenimento e sviluppo degli strumenti di accesso a dati e indicatori e pubblicazione (anche in formato elettronico) di indicatori aggiornati per genere.

**Titolo del progetto:**

***Differenze di genere nella prevenzione***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 2 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 824.375,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 400.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

La riduzione delle differenze di genere nella prevenzione richiede le seguenti attività  
attività di ricerca-intervento per una promozione della salute più attenta alle disuguaglianze su due determinanti sensibili alle disparità di genere: gli stili di vita e la conciliazione dei tempi di lavoro  
disseminazione nelle scuole piemontesi dell'intervento preventivo UNPLUGGED per la prevenzione dei comportamenti a rischio di dipendenza in modo sensibile alle differenze di genere degli adolescenti, attraverso la formazione delle équipes di docenti delle scuole  
prevenzione delle malattie oncologiche e cardiovascolari legate agli stili alimentari e l'esercizio fisico tra le donne sottomesse a screening attraverso un progetto sperimentale intensivo che promuove buone pratiche alimentari e l'esercizio fisico in un campione di 1200 donne volontarie arruolate nel corso dello screening (progetto STILI)

la valutazione epidemiologica dell'impatto sulla salute cardiovascolare del doppio carico (lavoro e famiglia) per le donne lavoratrici torinesi, al fine di identificare eventuali necessità di intervento preventivo, nell'ambito dello studio longitudinale torinese

prevenzione delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e soprattutto delle IVG ripetute tra le donne straniere attraverso:

2.1 counselling dedicato durante momenti cruciali di contatto tra le donne ed i servizi quali il percorso nascita (al corso di accompagnamento alla nascita o nel ricovero post parto la donna può essere adeguatamente informata in merito alla contraccezione), screening per il cervico-carcinoma (un momento di counselling e sostegno sulla pianificazione familiare), educazione socio-affettiva e sessuale per i giovani (consultori giovani, scuole, web), visite pre e post IVG (counselling e prescrizione del contraccettivo al momento della richiesta dell'IVG, Inserimento IUD/impianti sottocute al momento dell'IVG, counselling individuale o in piccoli gruppi prima della dimissione post IVG)

2.2 coinvolgimento di singoli e comunità per sviluppare le competenze di donne e coppie: offerta attiva in cui gli operatori mettono in atto soluzioni innovative per raggiungere le persone più

svantaggiate e con una limitata capacità di ricercare salute (accoglienza di bassa soglia, incontro nei luoghi abituali di ritrovo e feste comunità straniere, in occasione dei corsi di italiano o professionali), programmi di counselling modulati sulle esigenze delle donne; rafforzamento della rete tra servizi territoriali (in particolare consultori familiari e centri ISI) ed ospedalieri, con medici di medicina e pediatri di libera scelta, con le strutture del privato sociale; formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali; utilizzo della mediazione linguistico-culturale, sia per migliorare l'accesso che per facilitare la comunicazione; eventuale erogazione gratuita di contraccettivi nei momenti chiave quali l'adolescenza, il post-partum ed il post-IVG; valutazione degli interventi in modo che ciascun territorio possa rimodulare i propri percorsi organizzativi a partire da un'attenta analisi di domanda ed offerta.

### **Contesto**

Le differenze di genere che hanno rilevanza nella promozione della salute sono numerose e riguardano soprattutto il lavoro e la sicurezza e l'igiene, i comportamenti insalubri, la salute riproduttiva, le malattie infettive e la prevenzione delle malattie croniche. Il progetto si propone di far avanzare la prevenzione piemontese in alcune significative priorità in ognuna di queste aree con azioni prototipali di studio o di intervento.

Ad esempio, negli ultimi anni si è registrata una crescita del contributo delle donne straniere sul totale delle IVG effettuate in Italia (1/3 del totale), scelta spesso dettata da scarse conoscenze in merito alla fisiologia della riproduzione e su metodi efficaci per la pianificazione familiare, elementi aggravati dalla difficoltà delle donne straniere ad avere informazioni sulla contraccezione malgrado molte si dichiarino interessate al tema in particolare alla ripresa dei rapporti sessuali dopo il parto o in seguito ad un'IVG.

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di diminuire le differenze di genere a sfavore delle donne nella prevenzione è articolata nei seguenti obiettivi specifici corrispondenti ad ognuna delle attività sopra elencate diminuire le disuguaglianze di genere nella esposizione ai determinanti di salute di rilevanza per la prevenzione attraverso interventi universalistici, in particolare

1.1 misurare la quota prevenibile di malattie coronariche legata al carico di lavoro di assistenza ai figli tra le donne lavoratrici torinesi in funzione di indicatori di intensità del carico familiare

1.2 raggiungere il più alto numero possibile di scuole piemontesi con l'intervento di promozione di salute UNPLUGGED che mira a mettere in condizione gli adolescenti di fare scelte consapevoli nell'adozione di stili di vita sani e sicuri in modo paritario tra i generi

1.3 misurare l'efficacia di interventi attivi di accompagnamento al cambiamento di stili alimentari e di esercizio fisico per le donne sottoposte a screening ridurre il numero di IVG tra le donne straniere

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1.1-1.3 mese 1-12

Obiettivo 2

mese 1-2:

formazione e coinvolgimento degli operatori e utilizzo della mediazione linguistico-culturale; messa a punto del materiale informativo multilingue per il counselling.

mese 3-11:

organizzazione di incontri con le comunità;

rafforzamento della rete tra servizi territoriali, ospedalieri e del terzo settore;

utilizzo della mediazione linguistico-culturale;

eventuale erogazione gratuita di contraccettivi per promuoverne l'utilizzo nei momenti chiave quali l'adolescenza, il post-partum ed il post-IVG.

mese 12: valutazione ed eventuale rimodulazione degli obiettivi

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

€ 100.000 per attività di studio epidemiologico e organizzazione degli interventi

€ 50.000 per attività di formazione e disseminazione nelle scuole  
€ 250.000 per attività di organizzazione dei consultori e della mediazione culturale

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1.1: tasso di copertura delle scuole piemontesi raggiunte dall'intervento

Obiettivo 1.2: numero di donne partecipanti all'intervento

Obiettivo 1.3: disponibilità di rapporto su rischio attribuibile di malattia coronarica al doppio carico lavorativo delle donne torinesi

**Obiettivo 2**

- riduzione del Tasso di abortività e di abortività ripetuta a carico delle donne immigrate
- aumento della percentuale di donne straniere che tornano ai consultori familiari per il controllo post-IVG
- aumento del numero di donne immigrate esposte all'informazione sulla fisiologia della riproduzione, sulla procreazione responsabile e sulle norme a sostegno della maternità e contro l'abbandono dei neonati/popolazione target

**Titolo del progetto:**

***Differenze di genere nell'assistenza cardiovascolare***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 2 a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 824.375,00=**

Spese stimate anno 2012

**€ 200.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

Il progetto intende contribuire alla riduzione delle differenze di genere nell'assistenza cardiovascolare attraverso la documentazione del livello di differenze di genere nell'assistenza presenti in Piemonte e alla diffusione dei risultati presso le comunità professionali della regione attraverso le seguenti attività:

identificazione, sulla base della letteratura esistente, di procedure assistenziali considerate paradigmatiche per la valutazione della presenza di differenze di genere in ambito cardiovascolare; definizione degli algoritmi per il calcolo di indicatori di utilizzo delle procedure selezionate, stratificate per genere e analisi di fattibilità sulla base delle fonti informative disponibili; realizzazione di un repertorio di indicatori in grado di documentare la presenza di differenze di genere;

presentazione dei risultati ai professionisti del settore.

### **Contesto**

I percorsi di cura in ambito cardiovascolare sono quelli in cui la letteratura ha messo in evidenza le maggiori discriminazioni di genere nell'assistenza sanitaria a sfavore delle donne (Frankenstein L, et al. Influence of sex on treatment and outcome in chronic heart failure. *Cardiovasc Ther* 2012;30:182-92. Lokhandwala JO, et al. Sex differences in percutaneous coronary interventions. *J Cardiovasc Transl Res* 2009;2:300-5. Grinfeld L, et al. Interventions for cardiovascular disease in women. *Womens Health* 2009;5:437-46. Swahn E. The care of patients with ischaemic heart disease from a gender perspective. *Eur Heart J* 1998;19:1758-65. Nante N, et al. Sex differences in use of interventional cardiology persist after risk adjustment. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:203-8).

Il fenomeno è particolarmente preoccupante a causa dell'alta prevalenza di disturbi circolatori nella morbosità e nella mortalità femminile. Il progetto si propone di monitorare e ridurre le discriminazioni di genere nell'accesso e nell'uso dei dispositivi efficaci di prevenzione e cura per le principali condizioni morbose circolatorie e cardiovascolari in Piemonte (farmaci per l'ipertensione, statine, accesso alle terapie intensive, rivascolarizzazione).

### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di diminuire le differenze di genere a sfavore delle donne nell'assistenza cardiovascolare si articola nei seguenti obiettivi specifici corrispondenti ad ognuna delle attività sopra elencate:

elaborazione di una lista di procedure per il monitoraggio delle differenze di genere in ambito cardio-vascolare (attività 1)

calcolo di indicatori di assistenza a persone con patologie cardiovascolari in atto, in grado di confrontare correttamente (i.e. senza distorsioni) eventuali differenze di genere (attività 2-3);

presentazione dei risultati nelle sedi opportune (convegni, congressi, riviste scientifiche) (attività 4).

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Seguendo la nomenclatura usata per gli obiettivi:

Obiettivo 1 → mese 1 -2

Obiettivi 2 e 3 → mese 3-8

Obiettivo 4 → mese 8-12

### **Costi connessi**

Le attività del progetto richiedono:

€ 20.000 per revisione bibliografica per selezione procedure;

€ 50.000 per definizione algoritmi, acquisizione basi dati necessarie, loro valutazione di qualità e sperimentazione algoritmi degli indicatori;

€ 120.000 per calcolo indicatori, loro interpretazione epidemiologica e stesura di report

€ 10.000 per presentazione a congressi, pubblicazioni, ecc.

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

Gli standard degli indicatori utilizzati (per ognuno degli obiettivi) riflettono il giudizio preliminare sulla fattibilità degli obiettivi e quindi dell'esito delle relative attività nei dodici mesi previsti dal progetto

Obiettivo 1 → disponibilità di una lista validata di procedure;

Obiettivi 2 e 3 → disponibilità di risultati di confronto dell'assistenza cardiovascolare per genere;

Obiettivo 4 → documentazione della pubblicazione/presentazione dei risultati nelle sedi opportune.

---

## **Linea progettuale 3 Diagnosi da infezione da HIV**

### **Titolo del progetto: *Sorveglianza infezione da HIV***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**annuale**

Importo assegnato alla linea 3 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 1.236.562,00=**

Spese stimate anno 2012:

**€ 1.236.562,00=**

### **Contesto**

Negli ultimi dieci anni i nuovi casi d'infezione da HIV a livello regionale presentano un andamento stabile con un numero di nuove diagnosi che si attesta a circa 300 casi all'anno (270 nel 2011) mentre è in costante aumento, nella nostra regione, il numero di persone che vivono con una diagnosi di infezione da HIV o di malattia (AIDS), pari a circa 1,6 casi ogni 1000 abitanti all'inizio del 2011. Dal 1999, più di 3800 persone che vivono in Piemonte hanno scoperto di aver contratto l'infezione da HIV.

La rilevante riduzione del tasso di letalità per AIDS, conseguente all'introduzione delle terapie antiretrovirali, che è passato da valori superiori al 90% nei primi anni Novanta a meno del 10% nel 2011, tende a mettere talvolta in ombra la necessità di ulteriori e specifici interventi preventivi. I dati di sorveglianza mostrano, infatti, che rapporti sessuali non protetti rappresentano i quattro quinti delle modalità di trasmissione delle nuove diagnosi di infezione e che una rilevante quota di persone si sottopone ai test in modo non sufficientemente tempestivo, aumentando così le possibilità di trasmissione dell'infezione e riducendo l'efficacia delle cure disponibili. Negli ultimi anni circa un terzo delle nuove diagnosi è avvenuta in ritardo.

In Piemonte, il sistema di sorveglianza dell'infezione da HIV prevede il coinvolgimento di tutti i centri clinici di malattie infettive regionali e del SeREMI dell'ASL AL, centro di riferimento che coordina le attività di sorveglianza e provvede routinariamente alla raccolta, elaborazione e divulgazione dei dati.

### **Obiettivi**

Analisi dei dati regionali relativi alla caratterizzazione delle nuove diagnosi di infezione da HIV e ai determinanti dell'accesso al test HIV utili alla definizione di interventi per favorire un accesso precoce ai servizi sanitari da parte delle persone con infezione HIV. (OBIETTIVO QUALITATIVO)

Ottimizzazione dell'offerta del test e counseling per HIV presso le malattie infettive, presso i centri per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e cura delle infezioni sessualmente trasmesse a livello regionale e presso i servizi del SSR rivolti alla popolazione straniera. (OBIETTIVO QUALITATIVO)

Sperimentazione di interventi di offerta attiva del test HIV alle persone che si rivolgono ai servizi sanitari per altre problematiche di salute e al di fuori della rete dei servizi del sistema sanitario pubblico. (OBIETTIVO QUALITATIVO)

Ottimizzazione dell'offerta del test HIV e del counselling: monitoraggio di anomalie e segnalazioni di criticità. (OBIETTIVO QUALITATIVO)

Valutazione dei dati regionali sui casi di infezione da HIV/AIDS per la produzione di stime di incidenza e prevalenza dell'infezione a livello regionale e in sottogruppi di popolazione a rischio e sperimentazione di modelli matematici utili a quantificare la quota di persone con l'infezione da HIV ancora non diagnosticate. (OBIETTIVO QUALITATIVO)

Sviluppo di programmi per l'implementazione di test per la determinazione delle infezioni recenti a livello regionale. (OBIETTIVO QUALITATIVO)

Analisi delle best-practice per favorire percorsi assistenziali appropriati e ridurre il tempo che intercorre tra la diagnosi e la presa in carico presso i centri clinici della persona a cui viene diagnosticata la condizione di sieropositività per HIV. (OBIETTIVO QUALITATIVO)

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

12 mesi

**Costi connessi**

Importo totale: 1.236.562 €

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

Incontri con professionisti e referenti coordinamenti aziendali per la lotta all'aids

Incontri con operatori del SSR per la diffusione e divulgazione dei dati

Offerta attiva del test presso le malattie infettive, i centri per la prevenzione, sorveglianza, diagnosi e cura delle infezioni sessualmente trasmesse a livello regionale, i servizi del SSR rivolti alla popolazione straniera.

Bollettino HIV sulla diffusione dell'infezione HIV in Piemonte: andamento e caratteristiche

---

**Linea progettuale 4**  
**Promozione di Rete nazionale per i tumori rari**

**Titolo del progetto:**

***Progetto della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta coordinato dalla Commissione Oncologica Regionale (COR) relativo ai Tumori Rari (TR).***

Referente:

**Dott.ssa Raffaella Ferraris**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali**

**Corso Regina Margherita 153bis**

**10122 Torino**

**email: [raffaella.ferraris@regione.piemonte.it](mailto:raffaella.ferraris@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**36 mesi**

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2012

**€ 1.236.562,00=**

Spese stimate per l'anno 2012:

**€ 1.236.562,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

Progetto della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta coordinato dalla Commissione Oncologica Regionale (COR) relativo ai Tumori Rari (TR).

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

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

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

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

### **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.

### **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.

#### **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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Sviluppo del progetto educativo online**

Si identificheranno 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).

### **Contesto**

Territorio regionale del Piemonte e della Valle d'Aosta, nell'ambito dei quali è operativo il Dipartimento interregionale della Rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

### **Obiettivi**

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

Obiettivo qualitativo

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

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

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

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

Obiettivo quantitativo

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 dei numero dei casi e delle sedi dove avviene la diagnosi.

Il potenziamento del portale regionale relativo agli studi sui TR già disponibile

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

36 mesi

### **Costi connessi**

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

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

numero di casi di pazienti che afferiscono ai centri di riferimento/numero di casi complessivi diagnosticati in Regione Piemonte

numero di operatori che aderiscono alla FAD/numero degli operatori bersaglio della formazione

numero di operatori che superano le verifiche della FAD/numero di operatori che si iscrivono

numero di referti reperiti presso le SO di Anatomia Patologica/numero delle SO di Anatomia Patologica attive in regione.

---

**Linea progettuale 5**

**Sorveglianza epidemiologia e presa in carico delle patologie asbesto correlate**

**Titolo del progetto:**

***Registro mesoteliomi maligni del Piemonte e sorveglianza epidemiologica di gruppi di esposti ad amianto***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costo progetto

**€ 250.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto e Contesto**

A ) La registrazione dei mesoteliomi maligni è obbligatoria negli Stati membri dell'Unione europea, in base alla Direttiva del Consiglio 83/477/EEC del 19/09/1983, articolo 17, confermato dalla Direttiva 2003/18/EC del 27/03/2003. In Italia il Registro Nazionale dei Mesoteliomi (ReNaM) è stato previsto dal Decreto Legislativo 277 del 15/08/1991, quando già esistevano o erano in corso di avvio alcuni registri regionali, nati in Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Puglia e Liguria.

Nel corso degli anni '90 il ReNaM è stato effettivamente messo in opera presso l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), ora INAIL. I registri regionali sono divenuti Centri Operativi Regionali (COR) del ReNaM. I Decreti Legislativi 257 del 25/07/2006 e 81 del 09/04/2008 hanno confermato gli obblighi ed il sistema di registrazione.

Al momento attuale risultano istituiti COR in 19 regioni o province autonome, con una copertura del 98% circa della popolazione italiana. I rapporti tra ReNaM e COR e le modalità di registrazione dei casi sono stabiliti dal DPCM 308 del 10/12/2002 e da Linee-guida emanate dall'ISPESL. Il Registro

Mesoteliomi Maligni è il COR Piemonte, come stabilito dal Piano Regionale Amianto, approvato con Deliberazione GR 51-2180 del 5 febbraio 2001.

Il Registro Mesoteliomi Maligni (RMM) stima l'incidenza del mesotelioma maligno della pleura e del peritoneo in Piemonte, con disaggregazioni temporali e geografiche ed alimenta i flussi informativi verso il ReNaM. Mediante un'intervista ai pazienti o ai loro familiari vengono raccolte le informazioni utili a identificare le situazioni che possono avere comportato un'esposizione ad amianto e le modalità con cui questa può essere avvenuta.

Inoltre il RMM favorisce le procedure medico-assicurative per il riconoscimento di malattia professionale a favore delle persone affette da mesotelioma, studia la sopravvivenza a livello di popolazione dei pazienti e le sue tendenze temporali, fornisce assistenza allo studio della sopravvivenza nel contesto di studi clinici condotti negli ospedali regionali.

B) Diverse coorti di esposti ad amianto sono state istituite in passato e la loro mortalità è stata accertata ed analizzata. Si tratta dei lavoratori impiegati presso lo stabilimento Eternit di Casale Monferrato nel 1950 o assunti a partire dal 1950, di quelli impiegato presso lo stabilimento Eternit di Cavagnolo dalla sua apertura nel 1947, delle mogli dei lavoratori Eternit.

## **Obiettivi**

### Obiettivo qualitativo

A) Mantenere in esercizio le attività svolte, in quanto conformi alle indicazioni per la linea progettuale 5, punti 2 e 3, laddove è previsto, per le Regioni che abbiano già attivato il Registro, un programma volto ad estendere all'intera popolazione regionale la sua copertura. Tale copertura è stata garantita dal RMM dal 1990 al 2011, si intende appunto mantenerla nel 2012.

B) Aggiornare l'accertamento della mortalità delle coorti Eternit Casale, Eternit Cavagnolo e Eternit mogli. Accertare l'incidenza di mesotelioma maligno a partire dal 1990 mediante record linkage con il RMM. Istituire la coorte dei minatori dell'Amiantifera di Balangero, di particolare interesse in quanto esposti esclusivamente a crisotilo, varietà di amianto la cui potenza cancerogena è ritenuta inferiore a quella degli amianti di anfibolo.

### Obiettivo quantitativo

#### RMM

Condurre la tradizionale rilevazione ordinaria dei casi di nuova diagnosi nel 2012 negli ospedali e reparti regionali di riferimento per la diagnosi ed il trattamento dei mesoteliomi.

Condurre la tradizionale ricerca d'archivio presso i servizi di anatomia patologica per identificare i casi diagnosticati nel 2011 ed allora sfuggiti alla rilevazione ordinaria.

Estrarre dagli archivi dei ricoveri ospedalieri quelli con codici diagnostici compatibili con una diagnosi di mesotelioma, e richiedere ed esaminare la documentazione clinica, per identificare i casi diagnosticati nel 2010 ed allora sfuggiti alle prime due fasi di ricerca.

#### Coorti

Aggiornare lo stato in vita e recuperare le cause di morte delle coorti Eternit Casale, Eternit Cavagnolo e Eternit mogli

Istituire la coorte Amiantifera Balangero mediante estrazione dei dati dai libri matricola depositati presso l'Archivio di Stato di Torino

## **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Entro fine 2012 si concludono:

#### RMM

La ricerca attiva 2012 nei centri di riferimento

La ricerca d'archivio 2011 presso i servizi di anatomia patologica

La ricerca d'archivio 2010 sulle dimissioni ospedaliere

#### Coorti

L'aggiornamento delle coorti Eternit Casale, Eternit Cavagnolo e Eternit mogli

La creazione dell'archivio informatizzato degli ex-minatori Amiantifera

### **Costi connessi**

A) Il costo di esercizio del RMM è di circa 150.000 € per anno. Vi lavorano a tempo pieno tre unità di personale di sesto livello, con funzioni di “registrar”, intervistatore, “data manager” ed analista dati ed un dirigente medico a tempo parziale con le funzioni di responsabile e supervisore/esperto per la valutazione delle diagnosi e delle esposizioni.

B) Il costo di esercizio degli aggiornamenti delle coorti esistenti e della creazione della nuova è di circa 100.000 €, per due unità a tempo pieno e la supervisione di un dirigente medico a tempo parziale.

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

A) Attualmente si verificano ogni anno in Piemonte circa 230 nuovi casi di mesotelioma. Di norma il 60-65% dei casi è identificato mediante la rilevazione ordinaria nell'anno di incidenza. Un ulteriore 25-30% è rintracciato mediante la ricerca negli archivi dei servizi di anatomia patologica, nell'anno successivo a quello di incidenza. Il restante 5-15% viene raggiunto mediante la ricerca nelle diagnosi di dimissione, nel secondo anno successivo (e raramente nel terzo) a quello di incidenza.

B) Si ritiene soddisfacente mantenere la proporzione di soggetti persi al follow-up al di sotto del 3% e quella di soggetti con causa di morte non reperita al di sotto del 5%.

### **Titolo del progetto:**

***Strutturazione di un percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

10128 Torino

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costo:

**€ 200.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

Presa in carico delle patologie asbesto-correlate, secondo quanto previsto dal punto 4 della linea progettuale 5, attraverso la predisposizione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e conseguente partecipazione a bandi nazionali / internazionali sull'argomento.

### **Contesto**

In Piemonte vengono diagnosticati ogni anno 230 casi di Mesotelioma Maligno, di cui il 90% alla pleura ed il restante nelle altre sedi (Dati COR Piemonte). Il Mesotelioma Maligno si configura oggi come la patologia di maggiore rilevanza tra quelle amianto correlate, per la sua comparsa anche in conseguenza di esposizioni di tipo ambientale o per esposizione lavorativa indiretta. Si stima che il numero di neoplasie polmonari amiantocorrelate sia pari a quello dei casi di mesotelioma.

Non si conoscono cure efficaci per il MM e le prospettive terapeutiche attuali sono di contenimento della malattia e di palliazione.

E' attivo un GIC Interaziendale (ASO AL ed ASL AL). La numerosità della casistica rende però necessario individuare più centri di riferimento.

### **Obiettivi**

#### Obiettivo qualitativo

Offrire ai casi di patologie amianto correlate, e segnatamente ai casi di mesotelioma maligno un percorso diagnostico-terapeutico ottimale, allo stato delle attuali conoscenze, che sia uniforme nei diversi centri. La proporzione dei pazienti che è seguita al di fuori dei centri di riferimento deve essere contenuta.

In Piemonte esistono già centri attivi nella diagnosi e trattamento dei mesoteliomi, per cui l'attività richiesta è piuttosto di organizzazione di risorse e competenze già esistenti che non di costruzione di nuove competenze.

#### Obiettivi quantitativi

Identificare i requisiti organizzativi e clinico assistenziali ottimali per un centro di riferimento per la diagnosi ed il trattamento dei mesoteliomi.

Predisporre un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) interaziendale per la diagnosi ed il trattamento dei mesoteliomi.

Predisporre un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) interaziendale per il trattamento palliativo dei mesoteliomi.

Formulare proposte organizzative per i punti 1-3 che consentano di accedere ad ulteriori risorse messe a disposizione da progetti di ricerca nazionali o internazionali, in logica di cofinanziamento.

### **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Entro fine 2012 si concludono:

- formulazione dei requisiti organizzativi e clinico assistenziali,
- percorso diagnostico terapeutico assistenziale, PDTA, per la diagnosi ed il trattamento dei mesoteliomi
- percorso diagnostico terapeutico assistenziale, PDTA, interaziendale per il trattamento palliativo dei mesoteliomi
- partecipazione a bandi nazionali / internazionali sull'argomento

### **Costi connessi**

Il costo per le attività organizzative sopra indicate è formulato in modo approssimativo, trattandosi di attività difficilmente scindibili dalla pratica clinica. Si prevede di svolgere incontri collegiali, del GIC Mesotelioma e di altri gruppi di lavoro. Il costo complessivo, considerando il numero di figure professionali coinvolte ed il tempo richiesto è di 200.000 €

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

Documento scritto per ciascuno dei seguenti punti:

- formulazione dei requisiti organizzativi e clinico assistenziali;
- percorso diagnostico terapeutico assistenziale, PDTA, per la diagnosi ed il trattamento dei mesoteliomi
- percorso diagnostico terapeutico assistenziale, PDTA, interaziendale per il trattamento palliativo dei mesoteliomi
- partecipazione ad almeno 1 bando nazionale sull'argomento;
- almeno il 30% dei casi di mesotelioma incidenti nel 2012 seguiti in centri di riferimento. La percentuale dovrà arrivare al 50 - 60% nel 2013 ed al 70-80% nel 2014.

**Titolo del progetto:**

***Valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale nell'ambito di competenza territoriale del Distretto sanitario di Casale Monferrato***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costo:

**€ 80.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

Il progetto mira ad eseguire una valutazione del rischio di esposizione alle fibre di amianto della popolazione generale, a cura del Centro Sanitario Amianto, sulla base dei monitoraggi ambientali effettuati dal Polo Amianto di ARPA Piemonte nell'intero ambito territoriale del Distretto Sanitario di Casale Monferrato

**Contesto**

Nell'ambito del Distretto Sanitario di Casale Monferrato sono compresi 48 Comuni che sono oggetto di specifiche campagne di monitoraggi ambientali, finalizzate a verificare la presenza di fibre di amianto aerodisperse nelle aree oggetto di valutazione.

A tale verifica di contesto seguirà, nel corso del 2012, una valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale che assumerà, quale parametro di riferimento, per l'analisi della probabilità di insorgenza di patologie amianto correlate (in particolare del mesotelioma maligno), il valore proposto dall'OMS (1f/l).

A tale verifica seguirà uno specifico incontro con la popolazione e gli Amministratori locali, finalizzato a comunicare i dati inerenti le indagini eseguite da ARPA e la valutazione dell'esposizione della popolazione generale alle fibre di amianto.

**Obiettivi****Obiettivo qualitativo**

Esecuzione dell'analisi del rischio di esposizione a fibre di amianto della popolazione generale nell'ambito di competenza del Distretto di Casale Monferrato

Sensibilizzazione della popolazione alla segnalazione di siti critici, che rappresentano i contesti in cui la quota di popolazione residente (o che frequenta tali luoghi in forma continuativa) risulta a maggior rischio di esposizione alle fibre di amianto.

**Obiettivo quantitativo**

Produzione di un documento tecnico inerente la valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale del Distretto di Casale Monferrato.

Esecuzione di un momento di informazione e di sensibilizzazione della popolazione

## **Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Anno 2012

### **Costi connessi**

Il costo per le attività sopra indicate deriva dal rilevante numero di ore lavorative richieste a due unità di personale del Centro Sanitario Amianto altamente specializzate e dagli oneri necessari all'organizzazione e pubblicizzazione dell'incontro con la popolazione. La stima approssimativa è di € 80.000,00=

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

- 1) Produzione del Documento inerente l'analisi del rischio di esposizione
- 2) Un incontro di informazione con la popolazione generale e gli Amministratori Locali

### **Titolo del progetto:**

***Progetto laboratorio trattamento rocce e terra da scavo.***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costo:

**€ 170.000,00=**

### **Sintesi del contenuto del progetto**

**LABORATORIO TRATTAMENTO ROCCE E TERRE DA SCAVO**

Sede: Spalto Marengo 38 – Alessandria

Il progetto prevede l'allestimento di locali

- confinati

- dotati di filtrazione dell'aria con filtri assoluti posti sugli estrattori

- organizzati con opportuna camera di decontaminazione

destinati alla preparazione di campioni di terre e rocce da scavo, rifiuti tipo ballast, materiali lapidei in genere per la determinazione dei minerali d'amianto.

L'allestimento prevede di adottare tutte le condizioni di sicurezza per evitare esposizione di amianto sia per gli operatori, sia per il personale esterno all'area di laboratorio.

Nel laboratorio troveranno posto i seguenti strumenti, già acquistati da Arpa:

- Frantoio a mascelle

- Mulino a sfere

- Mulino per la determinazione dell'indice di rilascio

**Contesto**

Controlli terre e rocce da scavo, con lo scopo di realizzare la determinazione quantitativa dell'amianto.

**Obiettivi**

Determinare l'amianto totale in terre-rocce da scavo

**.Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili**

Dicembre 2012

**Costi connessi**

opere edili e adeguamenti impiantistici	euro 27.000,00
cappe più impianto aspirazione e trattamento	euro 100.000,00
totale	euro 127.000,00 (a base d'asta)
oneri sicurezza per rischi da interferenza	euro 3.000,00
<u>importo appalto</u>	euro 130.000,00 (come sotto)
IVA 21%	euro 27.300,00
incentivi art. 92 D.Lgs 163/2006	euro 1.950,00
imprevisti	euro 10.750,00
<u>importo somme a disposizione</u>	euro 40.000,00
<u>Importo complessivo</u>	<b>euro 170.000,00.</b>

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

Attivazione laboratorio per analisi terre-rocce da scavo

**Titolo del progetto:**

***Nuove Metodiche-Determinazione del Crisotilo nella ruggine***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costi

**€ 28.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

La valutazione della pulizia dei materiali ferrosi recuperati dall'Amiantifera secondo i dettami del MATTM ha richiesto la messa a punto di un metodo di campionamento ed analisi, con prove in

campo e validazioni in laboratorio, con il fine di determinare la presenza residua di crisotilo. La messa a punto del metodo non è compresa nella convenzione con RSA.

**Contesto:**

Analisi rifiuti ferrosi

**Obiettivi**

Valutare le concentrazioni di amianto residue su materiali ferrosi recuperati da demolizioni di un sito industriale contaminato da amianto.

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili:**

Dicembre 2012

**Costi connessi:**

€ 28.000,00=

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

Stesura metodica e disponibilità di dati di validazione.

**Titolo del progetto:**

***Monitoraggio Acque Balangero e basse valli di Lanzo***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costi

**€ 12.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto:**

il progetto ha previsto indagini sulle acque superficiali e sulle acque destinate al consumo umano nelle aree limitrofe all'Amiantifera, esterne al perimetro del SIN, su richieste di ASL-SIAN e ASL-SISP

**Contesto:**

Presenza di fibre di amianto nelle acque

**Obiettivi**

- valutare le concentrazioni di fibre di amianto in acque superficiali con lo scopo di individuare eventuali criticità connesse all'impiego delle stesse per irrigazione

- valutare le concentrazioni di fibre di amianto in acque destinate al consumo umano, con lo scopo di individuare eventuali criticità connesse all'impiego delle stesse per uso potabile

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili:**

Dicembre 2012

**Costi connessi:**

€ 12.000,00=

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

Numero di campioni analizzati.

**Titolo del progetto:**

***Monitoraggio fibre aerodisperse Corio-Balangero***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costi

**€ 9.500,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto:**

Il progetto ha previsto indagini sulla presenza di fibre di amianto aerodisperse nelle aree limitrofe all'Amiantifera, esterne al perimetro del SIN, nei comuni di Corio e Balangero. Si tratta di un monitoraggio previsto annualmente della durata di una settimana.

**Contesto:**

Presenza di fibre di amianto aerodisperse

**Obiettivi**

Valutare le concentrazioni di fibre di amianto aerodisperse in centri abitati prossimi all'Amiantifera

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili:**

Dicembre 2012

**Costi connessi:**

€ 9.500,00=

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

Numero di campioni analizzati.

**Titolo del progetto:**

***Sviluppo e validazione metodica mappatura amianto antropico***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costo:

**€ 84.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

Sviluppo di una metodica di fotointerpretazione di ortofoto aeree per l'individuazione di coperture in fibrocemento; validazione della metodica con sopralluoghi ed incrocio con dati da censimento in area geografica definita, nel territorio del comune di Valenza. Definizione di scheda di censimento da utilizzarsi sul territorio regionale.

**Contesto:**

Mappatura amianto antropico.

**Obiettivi**

Sviluppare metodica per telerilevamento di coperture in fibrocemento e relativa valutazione del grado di affidabilità.

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili:**

Dicembre 2012

**Costi connessi:**

€ 84.000,00=

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

Predisposizione relazione finale e scheda di censimento.

**Titolo del progetto:**  
**Monitoraggio ambientali nel comune di Sauze d'Oulx**

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: sanita.pubblica@regione.piemonte.it**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costo:

**€ 40.500,00=**

**Sintesi del progetto**

Monitoraggio ambientale di fibre aerodisperse di tremolite nel territorio del comune di Sauze d'Oulx, con particolare attenzione alla frazione Jouvenceaux; la dispersione di fibre costituisce un pericolo per la popolazione e si determina a seguito di cantieri edili e stradali, nonché da operazioni di manutenzione varie.

**Contesto:**

Analisi fibre aerodisperse connessi alla presenza di affioramenti di rocce asbestifere (amianto naturale).

**Obiettivi**

Valutare la concentrazione di fibre di tremolite aerodisperse in alcuni punti di campionamento definiti in prossimità dei centri abitati.

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili:**

Dicembre 2012

**Costi connessi:**

€ 40.500,00=

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

Numero di campioni di aerodispersi effettuati.

**Titolo del progetto:**  
***Nuove Metodiche-FAV.***

Referente:

**Gianfranco Corgiat Loia**

**Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali e Politiche per la famiglia**

**Direzione: Sanità**

**Settore: Prevenzione e Veterinaria**

**Corso Stati Uniti 1**

**10128 Torino**

**email: [sanita.pubblica@regione.piemonte.it](mailto:sanita.pubblica@regione.piemonte.it)**

Durata del progetto:

**12 mesi**

Importo assegnato alla linea 5 a valere su quota vincolata FSN 2012:

**€ 824.375,00=**

Costi

**€ 11.000,00=**

**Sintesi del contenuto del progetto**

La crescente attenzione sulle fibre artificiali vetrose e le richieste di Procura e ASL hanno determinato la necessità di validare il metodo ufficiale dell'Unione Europea (vedi Allegato 2 - REG.CE. 761/2009) e l'applicazione dello stesso ad alcuni solidi ed alcuni aerodispersi.

**Contesto:**

Analisi solidi e aerodispersi connessi alla presenza di fibre artificiali vetrose

**Obiettivi**

- valutare il diametro geometrico medio di materiali solidi ascrivibili alle FAV
- valutare le concentrazioni di fibre artificiali vetrose aerodisperse.

**Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili:**

Dicembre 2012

**Costi connessi:**

€ 11.000,00=

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

Disponibilità di dati di validazione, applicazione della metodica ad alcune situazioni contingenti connesse all'edilizia scolastica.

TABELLA 1 Accordo S-R 227 del 22/11/2012 - PARTE I - Prosecuzione e integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi 8 luglio 2010 e 20 aprile 2011

Linee progettuali		Progetto	Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali 2012	Costo progetti 2012
1	Attività di assistenza primaria	Rintracciabilità telefonica del Medico di famiglia (assistenza H12 e H24) nell'ambito dello sviluppo del modello sperimentale dei CAP	29.543.132,00	36.714.371,00
2	La non autosufficienza 2.a	Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti		1.648.749,00
	La non autosufficienza 2.b	Centri Diurni Alzheimer e Nuclei Alzheimer temporanei quali nodi socio sanitari della rete assistenziale all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena		10.136.239,00
	La non autosufficienza 2c	Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome	19.784.988,00	8.000.000,00
4	Cure palliative e terapia del dolore	Programma regionale di Cure palliative		4.121.872,50
		Programma regionale di Terapia del Dolore	8.243.745,00	4.121.872,50
5	Interventi per le biobanche di materiale umano	Progetto di Biobanca "Cittadella della Salute" e consolidamento attività preparazione di insule pancreatiche a scopo di trapianto	1.236.562,00	1.236.562,00
8	Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita	Definizione delle attività dei consultori familiari della Regione Piemonte per il potenziamento dell'offerta dei corsi di accompagnamento		824.374,50
		Promozione della salute per la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza per le donne immigrate	1.648.749,00	824.374,50
9	Malattie rare	Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - sviluppo di un sistema informativo e di gestione integrato	1.648.749,00	2.271.000,00
10	Valorizzazione dell'apporto del volontariato	Programma di Assistenza sanitaria a favore dei cittadini extracomunitari provenienti da Paesi in via di sviluppo...	0,00	1.000.000,00
13	Piano nazionale della prevenzione	Piano Regionale di prevenzione 2012		19.784.988,00
		Prevenzione Serena. Programma regionale di screening del carcinoma della mammella e dei tumori del collo dell'utero e dei tumori del colonretto.	19.784.988,00	19.000.000,00
<b>TOTALE</b>				<b>109.684.403,00</b>

TABELLA 2 Accordo S-R 227 del 22/11/2012 - PARTE II - Ulteriori linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai dell'art. 1 commi 34 e 34 bis L. 662/96

Linee progettuali	Progetto	Vincoli sulle risorse destinate ad ulteriori linee progettuali 2012	Costo progetto 2012	
1	Contrasto delle disuguaglianze in sanità	4.121.873,00	Buone pratiche di contrasto delle disuguaglianze di salute	240.000,00
			Equity audit dei percorsi assistenziali	470.000,00
			Mappatura della deprivazione e dei corrispondenti fabbisogni sanitari	440.000,00
			Promozione della salute materno infantile (genitori più) nei gruppi vulnerabili	440.000,00
			Prevenzione dei tumori nelle donne straniere immigrate	240.000,00
			Vaccinazione e salute orale tra i nomadi	240.000,00
			Valutazione di impatto sanitario delle politiche orientata all'equità	640.000,00
			Traumatologia grave e immigrazione	640.000,00
			Disparità di salute e sanità in montagna	140.000,00
			Protezione delle popolazioni fragili in occasione delle emergenze stagionali	140.000,00
			Sistema informativo STP	500.000,00
			<b>Totale linea progettuale 1</b>	
2	Promozione dell'approccio di genere in sanità	824.375,00	Prevenzione della violenza	200.000,00
			Bilancio di genere nella salute	200.000,00
			Differenze di genere nella prevenzione	400.000,00
			Differenze di genere nell'assistenza cardiovascolare	200.000,00
			<b>Totale linea progettuale 2</b>	
3	Diagnosi da infezione da HIV	1.236.562,00	Sorveglianza infezione da HIV	1.236.562,00
			<b>Totale linea progettuale 3</b>	
4	Promozione di Rete nazionale per i tumori rari	1.236.562,00	Promozione di Rete nazionale per i tumori rari	1.236.562,00
			<b>Totale linea progettuale 4</b>	
5	Sorveglianza epidemiologica Amianto	824.375,00	Registro Mesoteliomi maligni del Piemonte e sorveglianza epidemiologica di gruppi esposti ad amianto	250.000,00
			Strutturazione di un percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate	200.000,00
			Valutazione del rischio di esposizione della popolazione generale nell'ambito di competenza territoriale del Distretto Sanitario di casale Monferrato	80.000,00
			Progetto laboratorio trattamento rocce e terre da scavo	170.000,00
			Nuove metodiche - determinazione del crisotilo nella ruggine	28.000,00
			Monitoraggio Acque balangero e basse valli di Lanzo	12.000,00
			Monitoraggio fibre aerodisperse, Corio - Balangero	9.500,00
			Sviluppo e validazione metodica mappatura amianto antropico	84.000,00
			Monitoraggio ambientale nel Comune di sauxe d'Oulx	40.500,00
			Nuove metodiche - FAV	11.000,00
			<b>Totale linea progettuale 5</b>	
<b>TOTALE</b>			<b>8.488.124,00</b>	

## **ALLEGATO D)**

## **PIANO SANITARIO NAZIONALE**

**Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale  
Art 1 commi 34 e 34 bis della Legge 23 dicembre 1996 n 662**

**Anno 2012**

### **Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2011**

#### **Linea Progettuale 1 Cure Primarie**

##### **Denominazione Progetto:**

**Rintracciabilità telefonica del Medico di Famiglia (Assistenza H12 e H24) nell'ambito dello sviluppo del modello sperimentale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP).**

L'attività progettuale, finalizzata a perfezionare ed ottimizzare il percorso di "continuità di cura ed assistenza" dei pazienti in carico ai medici di medicina generale, nell'ambito del definitivo sviluppo, a livello aziendale, del modello sperimentale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), ha cercato di promuovere l'erogazione di risposte sanitarie ed assistenziali appropriate, integrate e coordinate fra servizi specialistici ambulatoriali extradegenziali ed ospedalieri e i medici di medicina generale e si è sviluppata attraverso le seguenti direttrici:

- ottimizzazione, nell'ambito delle cure primarie, dell'accesso degli assistiti al proprio medico di famiglia, individuato come professionista prioritario da contattare e garante altresì di una efficiente ed efficace "continuità dell'assistenza". Pur restando inalterate nel corso del 2011 le competenze ed articolazioni orarie del Servizio aziendale di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), il medico di famiglia è rintracciabile telefonicamente dai propri assistiti nelle seguenti fasce orarie:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00.

- monitoraggio costante e analisi dell'attività svolta, anche nell'ambito dei Piani di Qualità aziendali e relativi piani organizzativi, preordinati alla definizione di "percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali".

Le Categorie individuate per il monitoraggio/verifica del Servizio aziendale di rintracciabilità telefonica dei medici di famiglia sono state:

la Qualità percepita

la Qualità sostanziale

l'Appropriatezza degli accessi DEA/Pronto Soccorso

- rimodulazione organizzativa, con il supporto dei medici di Continuità Assistenziale e i medici dell'E.S.T. 118, incluso il Personale operativo, assegnato alla Centrale Operativa 118, per garantire l'assistenza sanitaria per la realtà extra-urbana (H12) e la realtà metropolitana (H24). Obiettivo: riduzione degli accessi impropri al DEA P.S./strutture ospedaliere e contestuale potenziamento e miglioramento di tutta la rete assistenziale territoriale extradegenziale.

- rivisitazione progressiva di questa "modalità organizzativa assistenziale", sia all'interno delle équipes territoriali, sia all'interno delle attuali forme associative esistenti della medicina generale, sia con il supporto strategico del Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) e del servizio E.S.T. 118, pur restando prioritario il fatto che la chiamata telefonica dell'assistito deve sempre essere indirizzata al proprio medico di famiglia.

##### **stato di attuazione del progetto**

L'obiettivo del progetto, nel corso del 2011, è stato quello di predisporre strumenti per garantire la centralità del paziente nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che, nell'ambito dello sviluppo del modello sperimentale e dell'iniziale avvio di alcuni Progetti aziendali dei Centri di Assistenza Primaria (CAP), attraverso il proprio medico di famiglia, le équipes territoriali e l'associazionismo dei

medici di medicina generale, in completa sinergia con i medici di continuit  assistenziale (ex Guardia medica) e i medici del 118 e il personale operativo, assegnato alla Centrale Operativa 118, ha posto in essere un "modello sanitario-assistenziale" fondato sulla gestione integrata degli interventi fra ospedale e territorio e attraverso un coordinamento fra le attivit  distrettuali della rete dei servizi, ha velocizzato le legittime aspettative sanitarie dei singoli pazienti. La realizzazione del Progetto   avvenuta attraverso azioni, orientate verso l'impostazione di un modello assistenziale i cui percorsi diagnostici e terapeutici sono stati ottimizzati ed adeguati agli effettivi bisogni del paziente, ponendo pertanto l'assistito al centro del "processo sanitario e assistenziale".

### **Campagna informativa**

I medici di famiglia e le Direzioni Distrettuali aziendali sono stati coinvolti sinergicamente nella campagna informativa sulle modalit  organizzative adottate per la rintracciabilit  telefonica, con gli strumenti ritenuti pi  appropriati e concordati.

E' inoltre impegno dell'Assessorato, delle AA.SS.LL. e dei Distretti, in accordo con le Organizzazioni sindacali di categoria pi  rappresentative dei medici di famiglia, di proseguire una efficiente, efficace e capillare informazione nei confronti degli assistiti, nel merito di un utilizzo appropriato della rintracciabilit  telefonica dei medici di famiglia.

### **Finalit  del progetto (integrazione H12+H24)**

Il Progetto regionale della rintracciabilit  telefonica dei medici di famiglia ha come obiettivo finale la realizzazione su tutto il territorio regionale (realta' urbana ed extra-urbana) di una effettiva "continuit  dell'assistenza territoriale" nell'arco delle 24 ore, per 7 giorni alla settimana, con la presa in carico del paziente.

Tale sistema, cos  come prospettato, vuole realizzare, in modo coordinato e continuativo, una rete assistenziale territoriale, in modo tale da poter garantire al paziente la possibilit  di ricevere risposte sanitarie rapide, coerenti ed appropriate, durante l'intero arco della giornata e per tutto il periodo dell'anno.

Tuttavia si precisa che un definitivo Accordo sulla regolamentazione del Progetto regionale della rintracciabilit  telefonica dei medici di famiglia potra' essere assunto soltanto in sede di contrattazione decentrata regionale, anche attraverso la revisione del "sistema" di "continuit  assistenziale" (ex Guardia Medica), con il supporto delle OO.SS. di categoria dei medici di medicina generale.

### **Indicatori**

#### **indicatori numerici di efficacia/efficienza in termini di: struttura, processo, risultato**

L'obiettivo del progetto e' stato quello di predisporre strumenti per garantire la "centralit " del paziente nei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che, attraverso il proprio medico di famiglia, le équipes territoriali e l'associazionismo dei medici di medicina generale, in completa sinergia con i medici di continuit  assistenziale (ex Guardia medica), i medici del 118 e il personale operativo, assegnato alla Centrale Operativa 118, ha posto in essere un modello di assistenza sanitaria fondato sulla gestione integrata degli interventi fra ospedale e territorio e attraverso un coordinamento fra le attivit  distrettuali della rete dei servizi, dovre' velocizzare le legittime aspettative sanitarie dei singoli pazienti. Tuttavia va precisato che soltanto attraverso l'attivazione definitiva sul territorio regionale dei Progetti aziendali relativi ai Centri di Assistenza Primaria (CAP) si potranno definire e perfezionare compiutamente gli **indicatori numerici di efficacia/efficienza in termini di: struttura, processo, risultato** anche attraverso azioni, orientate verso l'impostazione di un "modello assistenziale" i cui percorsi diagnostici e terapeutici dovranno essere ottimizzati ed adeguati agli effettivi bisogni del paziente, ponendo pertanto l'assistito al centro del processo sanitario e assistenziale.

## **Linea Progettuale 1 Cure Primarie**

### **Denominazione Progetto:**

***Continuità delle cure in un modello integrato: modelli organizzativi 118 e Continuità Assistenziale.***

**Relazione:** Gestione integrata del servizio 118 e di continuità assistenziale nel quadrante nord del Piemonte attraverso la centralizzazione delle chiamate.

Raggiungimento degli obiettivi:

**Come da progetto iniziale descritto tra l'altro nel piano di rientro la Regione Piemonte ha dato inizio a partire dall'anno 2011 alla riorganizzazione del Sistema di Emergenza sanitaria territoriale 118 in linea con la riorganizzazione della rete Ospedaliera e delle Patologie complesse tempo dipendenti al fine di ottenere un miglioramento qualitativo e di efficienza dei servizi essenziali di assistenza.**

Sono state definite le Centrali Operative 118 con bacini di utenza in linea con quanto descritto nei Programmi attuativi e nel rispetto degli standard nazionali. Si è proceduto all'aggiornamento dei sistemi operativi alla base del software di centrale al fine di renderlo compatibile con i futuri programmi di gestione integrata della Continuità Assistenziale e nell'ottica di un unificato servizio di emergenza sanitaria territoriale adeguato ai requisiti del numero unico europeo 112.

Nell'arco del 2012 sono divenute pienamente operative a regime le seguenti CO 118:

AREA 1 : Centrale Operativa 118 di Torino;

AREA 2 : Centrale Operativa 118 di Alessandria;

AREA 3 : Centrale Operativa 118 di Cuneo;

AREA 4 : Centrale Operativa 118 di Novara.

Le strutture di governo sono tra di loro coordinate attraverso la costituzione del "Dipartimento Interaziendale 118", funzionale e con obiettivi di omogeneità organizzativa, responsabilizzazione economica, contenimento dei costi, sinergie per l'efficacia dei percorsi diagnostico terapeutici.

Sono state previste le necessarie modifiche a livello delle tecnologie di supporto ed è stata avviata la trattativa con il fornitore informatico per la modernizzazione della strumentazione delle centrali tra l'altro con centralizzazione degli archivi dati.

Al fine di procedere nella realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale che prevedono l'integrazione funzionale delle attività di risposta e coordinamento delle Centrali Operative 118 regionali con il Servizio di Continuità Assistenziale tramite la centralizzazione delle chiamate di Continuità Assistenziale sono state previste all'interno delle Centrali Operative postazioni dedicate.

Quanto sopra in linea con le funzioni di cui al DPR 27 marzo 1992 e a quanto previsto dall'Accordo (Rep. Atti n. 135/CSR del 27 luglio 2011) tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, integrativo dell'accordo del 20 aprile 2011 (Rep. Atti n. 84/CSR) e successive integrazioni.

Nella Centrale Operativa della Provincia di Novara, è stato completato il ribaltamento della gestione delle chiamate di emergenza per tutto il quadrante comprendendosi l'attività delle precedenti Centrali operative 118 di Vercelli, Verbania per il Verbano Cusio Ossola e di Biella. La complessità dell'accorpamento di cui sopra e dell'emanazione delle normative regionali di riferimento ha permesso la conclusione di questa prima fase soltanto nel 1° semestre del 2012. Tuttavia si è proceduto all'adeguamento strutturale della Centrale operativa di Novara con la realizzazione di una nuova struttura prefabbricata nell'area del presidio ospedaliero Maggiore di Novara all'interno della quale sono state realizzate le postazioni dedicate per la continuità Assistenziale.

In corso di realizzazione l'adeguamento della rete radio su tutto il quadrante con adeguamenti idonei al collegamento sia dei mezzi della Emergenza Territoriale che della Continuità

Assistenziale in un contesto tecnologico adeguato al necessario miglioramento e riqualificazione del servizio.

Deve essere definita con idoneo provvedimento regionale la tipologia e la numerazione di riferimento per le chiamate della Continuità Assistenziale e ampliati i contratti per idonei flussi di linee dedicate.

Tempi:

Attuato il trasferimento della Centrale Operativa 118 di Vercelli, Biella e Verbano-Cusio-Ossola presso la Centrale Operativa 118 di Novara

Attuato l'adeguamento strutturale della Centrale operativa del Servizio di Emergenza sanitaria territoriale 118.

In corso l'implementazione delle tecnologie relative agli apparati di telecomunicazione e di radiocomunicazioni.

In studio a livello regionale la tipologia e le numerazioni dedicate per le chiamate di Continuità Assistenziale.

Previsione di centralizzazione della attività di risposta e coordinamento del Servizio di Continuità Assistenziale della provincia di Novara presso la Centrale Operativa 118 di Novara entro il 30 settembre 2013.

Previsione entro il 31 dicembre 2013 della centralizzazione delle chiamate del servizio di Continuità assistenziale della Provincia di Biella, Vercelli e del Verbano-Cusio-Ossola presso la Centrale integrata all'interno della Centrale Operativa 118 di Novara.

#### **Indicatori numerici che consentono di misurare la validità dell'investimento**

Valutazioni del rapporto tra le missioni codice bianco – verde e quelle codice giallo - rosso nel servizio di emergenza territoriale nei semestri di riferimento 2° semestre 2012, 1° semestre 2013.

Valutazione delle tipologie professionali e del numero di unità di personale da dedicare al coordinamento all'interno delle Centrali per la messa a regime del progetto.

#### **Costi**

Sostenuti: (verificati vie brevi con Novara)

Euro **280.000,00** per adeguamento strutturale della Centrale Operativa 118 di Novara

Euro **20.000,00** per allacciamenti nuova struttura.

Da sostenere: (da verificare con Novara e Settore)

Euro **280.000,00** per adeguamento della Centrale Operativa 118 di Novara alle tecnologie necessarie al servizio di C.A.: sistemi di ricezione e di registrazione della chiamata, sistemi informatici hardware e software.

Euro **571.874,34** per la dotazione tecnologica di apparati radio veicolari, di telecomunicazione e trasmissione dati del servizio di continuità assistenziale e completamento servizio emergenza.

Euro **100.000,00** per la formazione degli operatori del 118 e del Servizio di C.A.

Euro **100.000,00** per l'informazione dei servizi territoriali e della popolazione.

Euro **110.000,00** canone per il contratto di gestione e manutenzione del sistema di telecomunicazione.

Euro **200.000,00** per integrazione del contratto di implementazione e manutenzione del sistema informativo 118 – Continuità Assistenziale.

## **Linea Progettuale 2**

### **La non autosufficienza**

#### **Denominazione Progetto:**

***Centri Diurni Alzheimer e Nuclei Alzheimer Temporanei quali nodi socio-sanitari della rete assistenziale all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena***

La D.G.R. n. 38-11189 del 6 aprile 2009 "Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da morbo di Alzheimer ed altre demenze" rappresenta un primo passo nella definizione di alcuni servizi socio-sanitari all'interno di un approccio globale alla patologia dementigena, intervenendo con una serie di servizi volti ad offrire cure, assistenza ed una migliore qualità della vita per le persone affette da demenza

Il N.A.T. ha lo scopo di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie

Il C.D.A. è una struttura a carattere semiresidenziale, che ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare.

Vista l'importanza anche terapeutica sia del Centro Diurno Integrato, compreso quello Alzheimer, sia dei ricoveri temporanei (altresì per sollievo al/ai caregiver), in Nuclei Alzheimer Temporanei,

- con la D.G.R. n. 39 – 11190 del 06/04/2009, Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23.7.2007

e

- con la D.G.R. n. 56 – 13332 del 15/02/2010 "Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungoassistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni. Modifiche ed integrazioni alla DGR 39-11190 del 06 aprile 2009"

è stato normato che i Progetti Assistenziali Individuali per il sostegno alla domiciliarità possono essere un mix di prestazioni ivi inclusi la frequenza a Centri Diurni (anche Alzheimer) o residenzialità temporanea (anche NAT).

Pertanto, l'incremento dei Centri Diurni Alzheimer e dei Nuclei Alzheimer Temporanei si sta concretizzando viste le domande di verifica di compatibilità ai sensi dell'8 ter del D.Lgs 502/1992 e i relativi pareri favorevoli da parte della Regione Piemonte.

#### **Raggiungimento degli obiettivi**

L'obiettivo qualitativo

- di favorire il recupero o il mantenimento delle capacità psicofisiche residue, al fine di consentire la permanenza della persona con demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, offrendo sostegno al nucleo familiare tramite il Centro Diurno Alzheimer

e

- di accogliere persone affette da demenza, che presentano disturbi comportamentali e/o problemi sanitari e assistenziali di elevata complessità, provenienti dal proprio domicilio, da

residenze socio-sanitarie, dall'ospedale o da altre strutture sanitarie, al fine di far sì che possono giovare di uno specifico ambiente di cura e di assistenza - con progetti mirati al reinserimento nel setting precedente o all'inserimento in un nuovo percorso di cura -, dopo un periodo di ospitalità temporanea nel il Nucleo Alzheimer Temporaneo .

è stato raggiunto.

L'obiettivo quantitativo di mantenere e possibilmente potenziare il convenzionamento di persone affette da Morbo di Alzheimer e altre demenze in CDA e in NAT a seguito della emanazione della D.G.R. 38-11189 del 6 aprile 2009

è stato raggiunto

### **Tempi**

L'arco temporale per l'attuazione degli obiettivi qualitativi e quantitativi è stato di 12 mesi come previsto

### **Indicatore**

La letteratura scientifica identifica una percentuale di persone affette da Alzheimer e altre demenze circa del 5% degli ultrasessantacinquenni.

Tasso di copertura della popolazione di riferimento (5% della popolazione anziana =e>65),

$$T_c = I_e / \text{Pop}(5\% \text{ della pop } =e>65)$$

Numeratore [I<sub>e</sub>]: numero di persone in convenzione in CDA e NAT al 31 dicembre 2011 **pari a 464**

Denominatore [Pop (5% = e > 65)]: il 5% di anziani ultrasessantacinquenni residenti in Piemonte nel 2011 **pari a [1.019.577x 5 / 100] 50.978**

**L'atteso:** superamento dell'0,9% di persone affette Alzheimer e altre demenze in convenzione presso CDA e NAT nel 2010

$$T_c = 464 / 50.978 = 0,9$$

## **Linea Progettuale 2 La non autosufficienza**

### **Denominazione Progetto:**

***Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti (DGR n. 23-1053 del 24/11/2010 e DD n. 55 del 16/2/2011)***

### **Relazione**

L'attività progettuale, finalizzata ad ottimizzare il percorso assistenziale del paziente affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), promuovendo l'erogazione di risposte integrate e coordinate fra servizi sanitari specialistici ambulatoriali ed ospedalieri e servizi socio-assistenziali, si è sviluppata attraverso le seguenti direttrici:

- impostazione di un modello assistenziale orientato alla presa in carico globale e alla continuità assistenziale a favore della persona con SLA e della sua famiglia;
- articolazione di un percorso fondato sulla presa in carico congiunta da parte degli operatori del sistema sanitario e del sistema socio-assistenziale, previa valutazione multiprofessionale del livello d'intensità assistenziale adeguato rispetto a ciascun tipo di bisogno.

La realizzazione del progetto è avvenuta attraverso alcuni importanti blocchi di azioni, tutte orientate a far sì che i percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali siano ottimizzati ed adeguati agli effettivi bisogni del paziente, ponendo il medesimo al centro del sistema.

A. Potenziamento attività dei due Centri regionali "esperti" per la SLA, operanti rispettivamente presso l'AOU San Giovanni Battista di Torino e presso l'AOU Maggiore della Carità di Novara, con riferimento ai seguenti ambiti:

- formazione degli operatori sanitari, socio-sanitari, sociali, dei pazienti e delle loro famiglie,
- creazione e gestione della cartella informatizzata regionale di monitoraggio del paziente utile a rendere tracciabile il percorso assistenziale,
- attività di ricerca e consulenza tecnica per :
  - sviluppo di strumenti di telemedicina per rilevare le funzioni vitali (collegamento in rete fra il domicilio del paziente e l'ospedale),
  - acquisizione di strumentazioni portatili per la valutazione e la gestione domiciliare del paziente (es., apparecchiatura per emogasanalisi portatile, fibroscopio portatile),
  - avvio di un progetto di counselling per la scelta e l'utilizzazione degli strumenti di comunicazione alternativa-aumentativa, incluse le strumentazioni ad alta tecnologia,
  - avvio di un progetto di counselling per interventi di tipo tecnico e domotico presso il domicilio del paziente, volti alla conservazione del massimo livello di autonomia, anche in collaborazione con i centri di ricerca del Politecnico di Torino,
  - avvio e mantenimento del registro epidemiologico regionale sulla SLA e altre malattie del motoneurone, che includa, oltre a dati epidemiologici, anche dati sanitari e sociali, come strumento per la rilevazione dei bisogni del paziente e della famiglia;
- collaborazione con le Organizzazioni di Volontariato attraverso:
  - convenzioni per il rimborso spese delle visite domiciliari, attualmente pagate dalle Associazioni, che vengono effettuate dai medici dei Centri esperti quando i pazienti non sono più in grado di recarsi presso gli stessi a causa del peggioramento delle condizioni cliniche,
  - convenzioni per le iniziative di formazione e supervisione di gruppi di volontari in grado di sostenere i malati affetti da SLA, i caregiver e i loro familiari.

B. Potenziamento dell'attività svolta a sostegno della domiciliarità, nell'ambito di piani di assistenza individuali definiti dal sistema socio-sanitario, con riferimento ai seguenti ambiti:

- incremento dell'attività svolta a domicilio dei pazienti da parte delle figure professionali del sistema sanitario regionale;
- potenziamento azioni di supporto alla persona e alla famiglia, attraverso la rete delle risorse professionali ed economiche proprie dei sistemi socio-sanitario e sociale;
- potenziamento dei ricoveri temporanei (sollevio);
- potenziamento acquisizione/noleggio di attrezzature tecnologicamente avanzate, quali ausili di comunicazione vocale, per far fronte al progressivo aumento delle richieste registrato nel corso degli anni.

### **Raggiungimento degli obiettivi**

Il principale obiettivo che si intende raggiungere con la realizzazione del progetto consiste nel miglioramento organizzativo della risposta complessivamente garantita dal SSR rispetto al percorso clinico-assistenziale per i pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), mediante

il coordinamento e l'integrazione fra i diversi servizi istituzionalmente competenti, facenti capo al sistema sanitario territoriale ed ospedaliero e al sistema socio-assistenziale.

Attraverso l'attuazione del progetto si intende quindi consolidare sul territorio regionale, per la SLA come per tutte le patologie con caratteristiche di cronicità, una modalità organizzativa di integrazione tra ospedale e territorio, che devono essere interagenti e complementari, all'interno del percorso di presa in carico e continuità assistenziale delineato per ogni paziente, sulla base della valutazione multidimensionale del rispettivo bisogno clinico-assistenziale.

Altro obiettivo prioritario verso cui è diretto l'iter realizzativi del progetto è quello di agevolare il più possibile la permanenza dei pazienti al proprio domicilio, attraverso il rafforzamento degli interventi domiciliari e mediante una presa in carico integrata che sia di supporto al paziente e alla sua famiglia.

### **Tempi**

Il progetto, avviato con D.G.R. n. 23-1053 del 24.11.2010 e ridefinito nel piano esecutivo e relativo piano economico, in coerenza con le indicazioni ministeriali, con D.D. n. 55 del 16.2.2011 è stato successivamente integrato con il programma attuativo di cui alla D.G.R. n. 35-3223 del 30.12.2011 finalizzato al potenziamento, sotto l'aspetto socio-assistenziale, del progetto già avviato nel corso del 2011.

I tempi di sviluppo del progetto si estendono quindi nel triennio 2011-2013, nel corso del quale il primo anno è stato prioritariamente dedicato all'impostazione progettuale e alla definizione delle basi e condizioni organizzative ed operative per l'ottimale attuazione degli interventi previsti (incontri tecnici del Tavolo regionale SLA, incontri con A.O./Centri esperti SLA, ASL/Distretti sanitari, Enti gestori socio-assistenziali, Associazioni dei pazienti con concordare le modalità gestionali da porre in essere sul territorio).

## **Linea Progettuale 3**

### **La promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità**

#### **Denominazione Progetto:**

***Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Sindrome***

La Regione Piemonte con la D.G.R. 62-13647 del 22 marzo 2010 ha identificato il "Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome" per ottimizzare la presa in carico ospedaliera e territoriale per le persone con gravi cerebrolesione, nonché per definire le relazioni di rete e le sinergie indispensabili a garantire equità di accesso e trattamento.

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

1. Setting Ospedaliero attraverso, la costituzione di Unità Stati Vegetativi in strutture ospedaliere;
2. Setting Territoriali, distinti in:
  - a) Residenziale, attraverso l'attivazione di Nuclei Stati Vegetativi (NSV);
  - b) Domiciliare, [oggetto di specifico provvedimento D.G.R. n. 56 - 13332 del 15 febbraio 2010 "Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungoassistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore ai 65 anni"].

Nella fase di cronicità il percorso prevede la possibilità di inserimento in Nuclei Stati Vegetativi (NSV) per soggetto in Stati vegetativi o Stati di Minima Coscienza. La permanenza al domicilio è comunque da favorire e sostenere in tutte le situazioni ove è attuabile e, soprattutto, in presenza di minori.

#### **Contesto:**

L'obiettivo qualitativo di garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni soggetto in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza, al fine di offrire una cura mirata, che mantenga il soggetto nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento.

è stato raggiunto con l'attivazione del percorso clinico assistenziale

L'obiettivo quantitativo di mantenimento e possibile potenziamento del convenzionamento presso Nuclei di Stati Vegetativi di persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza

è stato raggiunto con il mantenimento del convenzionamento di il di persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza presso Nuclei di Stati Vegetativi.

#### **Tempi**

L'arco temporale per l'attuazione degli obiettivi qualitativi e quantitativi è stato di 12 mesi come previsto

#### **Indicatore**

Nella regione Piemonte la prevalenza di Stati vegetativi e di Minima coscienza è di 5,2/100.000 abitanti pari a 232 persone nel 2011.

Tasso di copertura della popolazione di riferimento

$$Tc = Ie/Pop$$

Numeratore [Ie]: numero di persone in convenzione in Nuclei Stati Vegetativi nel 2011 **pari a 64**

Denominatore [Pop]: persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza in Piemonte nel 2011 **pari a 232**

**L'atteso:** superamento dell'22% di persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza in convenzione presso Nuclei Stati Vegetativi nel 2011

$$Tc = Ie/Pop = 64/232 = \mathbf{0,27\%}$$

### **Linea Progettuale 4 Cure Palliative e Terapia del Dolore**

#### **Denominazione Progetti:**

***Programma Regionale di Cure Palliative***

***Programma Regionale di Terapia del Dolore***

## Relazione

### **Programma Regionale di Cure Palliative**

Cure palliative rivolte ai malati non oncologici

Al momento, l'applicazione delle Cure Palliative rivolta a malati adulti non affetti da patologia oncologica è ancora molto limitata. Si è tuttavia posta attenzione ad alcune esperienze relative all'assistenza a domicilio di malati con patologie neurologiche (prevalentemente SLA), ma soltanto in alcune aree della regione (Biella, una parte della Provincia di Cuneo, alcune aree del torinese). In ogni caso, la copertura del bisogno è ancora insufficiente, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza alle persone anziane che si avviano alla fine della vita. Lo scopo, tra i principali del programma, di estendere la copertura a questa tipologia di malati è stato solo parzialmente raggiunto.

### ***Definizione ed operatività di un flusso informativo regionale di dati ed indicatori, specifico per il monitoraggio delle attività delle Reti di Cure Palliative delle ASL regionali***

Attualmente si sta lavorando alla realizzazione del sistema informativo ministeriale sugli hospice, da compenetrare con quello relativo alle attività di assistenza domiciliare.

Sviluppo delle Cure Palliative pediatriche sul territorio regionale

È stata promulgata la 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", sulla base della quale si sono compiuti i primi passi per la realizzazione concreta della rete regionale di cure palliative pediatriche.

Sviluppo di programmi di formazione per le cure palliative sul territorio regionale

La formazione, intesa come meccanismo organizzativo secondario, sviluppa le logiche di lavoro e tende a costruire legami, necessari alla creazione delle reti, sia dei servizi locali, che a livello regionale a diffondere una cultura sinergica dei differenti servizi.

Sulla base dello sviluppo dei servizi di cure palliative, e in armonia con quanto previsto dalle Linee guida regionali sulle Cure Palliative, dell'aumento dell'esercizio delle cure palliative in differenti sedi sanitarie, si è reso necessario mantenere un sistema stabile di formazione dei professionisti che ha avuto come scopo primario:

mantenere stabile uno standard di aggiornamento sul tema delle cure palliative per coloro che si sono già appropriati di una formazione in cure palliative (master, o altri corsi) (vedi allegato delle linee guida Cure Palliative regionali);

aggiornare il personale delle sedi che potrebbero beneficiare dell'azione dei servizi di cure palliative per inviare tempestivamente i pazienti

formare in maniera interdisciplinare e con modalità idonee alla formazione per l'adulto (didattica attiva, interprofessionalità, residenzialità) gruppi di professionisti operanti in settori molto affini e coincidenti con i servizi di Cure Palliative (domicilio, hospice, ambulatorio);

Sperimentare moduli formativi rispondenti alla normativa, relativi ai dirigenti e coordinatori dei servizi di cure palliative.

Costruire una cultura di rete di cure palliative a livello regionale

Sviluppo omogeneo delle Reti locali di Cure Palliative su tutto il territorio regionale

Lo sviluppo delle Reti locali di Cure Palliative è ancora disomogeneo sul territorio regionale. E' stato necessario favorire in tutti i modi lo sviluppo di Reti locali di Cure Palliative su tutto il territorio regionale, con garanzia di qualità eccellente dell'assistenza erogata e di adeguata copertura del bisogno, anche per quanto riguarda l'assistenza a malati alla fine della vita per patologie croniche non oncologiche.

Si è posta particolare attenzione alla garanzia della disponibilità sul territorio della ASL dei tre livelli previsti dalla normativa nazionale e regionale per le Reti di Cure Palliative (ambulatoriale, domiciliare, ricovero in hospice) e mantenimento della continuità assistenziale attraverso l'integrazione delle diverse opzioni in un unico piano assistenziale

Operatività di una Struttura Organizzativa di Cure Palliative (UOCP), con personale medico e infermieristico dedicato esclusivamente a questa attività, con funzioni di erogazione e

coordinamento unitario delle attività della Rete, anche in rapporto ad una positiva integrazione delle attività svolte eventualmente sul territorio da Organizzazioni non profit per le Cure Palliative Implementazione di programmi specifici di sviluppo delle Cure Palliative domiciliari secondo quanto previsto dalla normativa regionale, in particolare dalla D.G.R. n. 15-7336 del 14/10/02

Utilizzo nelle attività della Rete locale di Cure Palliative di tutte le professionalità previste dalla normativa regionale, in particolare di medici, infermieri, psicologi con formazione specifica per questo tipo di attività

Almeno 1 Progetto di sviluppo di attività di Cure Palliative domiciliari rivolte a malati alla fine della vita non affetti da patologie oncologiche

Raggiungimento entro tre anni dello standard di copertura del bisogno di Cure Palliative sul territorio della ASL secondo quanto previsto dalla normativa nazionale (almeno il 65% di tutti i morti per cancro assistiti a domicilio e/o in hospice)

### **La Rete regionale di terapia del dolore**

È stata promulgata la 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", che ha individuato il progetto di definizione di un modello strutturale, clinico ed organizzativo, ripetibile ed adattabile alle diverse realtà della sanità piemontese, in linea con la legge 38/2010.

Contenuto generale del progetto è stato quello di attuare la rete di cure del dolore cronico, separata dalle cure palliative come da indicazioni nazionali e regionali, sul modello Hub and Spoke, definito dalla D.G.R. 29/2012 sopra citata.

In sintesi, si vuole ottenere l'attuazione dell'articolazione delle strutture di Terapia del Dolore della regione Piemonte secondo i criteri di:

- Diversa complessità dell'offerta di metodologie di diagnosi
- Diversa complessità dei percorsi di trattamento
- Diversa complessità della gestione del paziente

Bacino di utenza

Il Bacino di utenza potenziale è risultato essere su base regionale di 600.000 soggetti, su un totale di circa 4.500.000 abitanti.

### **Elementi caratterizzanti il modello**

Il quadro organizzativo dei modelli HUB and Spoke è costituito da:

- standard di struttura
- standard di personale espresso in ore /lavoro
- standard di attività (es. attività ambulatoriale, attività in DH, ricovero ordinario, attività ambulatoriale di follow up)
- elenco prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Standard di processo

- modalità di accesso
- gestione liste di attesa
- accettazione
- orari di apertura
- organizzazione prime visite
- organizzazione follow up e monitoraggio terapie
- accessibilità alle terapie farmacologiche, in regime di DH, ambulatorio e a domicilio
- accessibilità alle terapie con oppiacei, in regime di DH, ambulatorio e a domicilio
- appoggio ad altra Struttura (Spoke su HUB)
- consulenze on line

Dotazioni e Apparecchiature necessarie

- elenco minimo di dotazione apparecchiature per la struttura HUB e le strutture SPOKE
- utilizzo sala operatoria indicata in ore /settimana
- utilizzo ambulatorio indicato in ore/settimana
- letti di DH a disposizione: n. letti e n. ricoveri potenziali settimana

La qualità delle cure erogate al paziente e i relativi esiti devono essere visti come il prodotto dell'insieme di processi gestionali, amministrativi, clinici e di sostegno, correlati direttamente o indirettamente con le cure ricevute dai pazienti.

I valori di corrispondenza a standard prefissati possono essere utilizzati per diversi scopi:

Accertare che le attività svolte siano coerenti con gli obiettivi generali e specifici e che i risultati attesi siano stati effettivamente raggiunti, secondo requisiti predefiniti di efficienza e di qualità;

Monitorare i risultati conseguiti per coglierne le variazioni nel tempo e per confrontarli con i valori relativi ad altre strutture simili, anche mediante il consolidamento di esperienze di benchmarking, in modo da evidenziare le possibili aree di miglioramento e concentrare l'attenzione su di esse;

Dare ai cittadini in generale ed ai pazienti in particolare tutte le informazioni utili per confrontare il tipo e la qualità delle prestazioni offerte, al fine di individuare le strutture che offrono le migliori garanzie in ordine ai risultati attesi;

Correlare lo sforzo organizzativo a livelli di performance effettiva ottenuta sui pazienti con dolore, misurabile e riproducibile nel tempo, in modo da rispondere al bisogno espresso in termini di qualità di vita attesa e ottenuta.

Raggiungimento degli obiettivi

Parziale attuazione, in tutti gli ambiti previsti, della L. 38/2010 e dell'Intesa 25 luglio 2012.

Tempi

12 –18 mesi

Indicatori

Programma regionale di Cure Palliative

1) Numero di malati deceduti a causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in hospice sul numero di malati deceduti per malattia oncologica

2) Numero posti letto in hospice

3) Percentuale di hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000

4) Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore

5) Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa

6) Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa

7) Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica

8) Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica

9) Numero di personale ospedaliero formato in cure palliative nel corso di 12 mesi

10) Numero di medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta formato in cure palliative nel corso di 12 mesi

Programma regionale di Terapia del Dolore

rapporto tra popolazione residente e strutture specialistiche

(2) numero dei pazienti presi in carico con interventi antalgici come gestione globale (diagnosi, trattamento, follow up) e non in forma consulenziale (differenza tra struttura interna a servizio di anestesia e struttura autonoma)

(3) numero dei programmi di didattica e ricerca in interazione Ospedale-Università

(4) numero degli eventi formativi programmati sul territorio regionale

5) Numero di personale ospedaliero formato in terapia del dolore nel corso di 12 mesi

6) Numero di medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta formato in terapia del dolore nel corso di 12 mesi

## **Linea Progettuale5**

### **Interventi per le biobanche di materiale umano**

#### **Denominazione Progetto:**

***Consolidamento delle reti regionali piemontesi delle biobanche***

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2011:

**€ 1.239.630**

#### **Relazione**

Il progetto finanziato nel 2011 si proponeva di consolidare una rete regionale che governi e colleghi tra di loro le strutture sanitarie della regione sede di biobanche di materiale umano per scopi terapeutici (sono 6 le banche di tessuto insediate presso 4 aziende sanitarie della regione, più un ulteriore laboratorio per la preparazione di insule pancreatiche ed uno per la preparazione e conservazione delle paratiroidi) e le strutture sanitarie che nelle quali vengono svolte attività di conservazione di materiale biologico per motivi diagnostici o di ricerca.

Si è articolato il progetto in 2 sottoprogetti:

1. **Sostenere il consolidamento delle biobanche a scopo terapeutico**, che è relativo alle banche di tessuti e cellule già istituite dalla Regione Piemonte. In primis quelle già identificate dal documento ministeriale, vale a dire quelle di tessuto muscolo-scheletrico e quelle di sangue di cordone.

Gli obiettivi raggiunti sono stati:

#### **1.1 Consolidamento delle attività della banca di sangue cordonale.**

La Banca di Sangue Placentare Piemontese (Torino Cord Blood Bank) è una delle 16 banche attive sul territorio nazionale, afferenti alla rete Italiana delle Banche pubbliche di sangue placentare coordinata dal Centro Nazionale Sangue in collaborazione con il Centro Nazionale Trapianti (Italian Cord Blood Network). La Banca individuata con DGR n. 18-752 del 31/08/2000, ha sede presso il SIMT dell'O.I.R.M. S. Anna di Torino, dove l'attività di raccolta di sangue placentare era stata avviata fin dal 1990. Il sangue placentare è una consolidata alternativa al midollo osseo e al sangue periferico per la terapia di tutte le malattie curabili con trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE); infatti negli ultimi anni il 19% circa dei trapianti è stato effettuato utilizzando il sangue placentare quale fonte di CSE. I vantaggi sono prevalentemente la immediata disponibilità e il minor rischio di graft versus host disease; lo svantaggio principale è la cellularità ridotta dovuta al piccolo volume (media di 80 ml rispetto a oltre 1000 ml) e per questo la maggior parte delle Banche adotta la strategia di criopreservare unità altamente cellulate (>800 milioni di cellule nucleate).

In Piemonte, la raccolta si basa sulla collaborazione con 22 centri qualificati, localizzati nei 31 punti nascita della regione; la metà di essi è attiva ai fini del banking allogeneico non familiare. Dall'inizio dell'attività le unità raccolte sono state 9.559; solo il 23% di esse, corrispondenti a 2222 unità, aveva requisiti specifici di qualità tali da consentirne l'imbancaggio. Il 72% di esse (1602 unità) è stato validato ed è quindi disponibile per la ricerca a favore di un paziente, italiano o estero. Nel 2011 le unità raccolte sono state 1246, oltre il 30% in più rispetto all'anno precedente, ma il numero di quelle idonee per la conservazione in banca è stato 219 contro 214 del 2010, comportando quindi una riduzione della resa di raccolta dal 24% al 18%. Nel corso dell'anno sono state selezionate 55 sacche ai fini di trapianto; alcune di esse sono state abbinate a più di un paziente portando a 59 il numero di procedure di selezione espletate. Cinque di queste unità sono state consegnate per trapianto, a soli Centri esteri - 2 in Francia, 1 in Spagna, 1 in Germania, 1 in Danimarca. Il rilascio è avvenuto nel 40% dei casi in regime di urgenza, con una media di 8 giorni dalla richiesta. Il numero totale delle unità consegnate per trapianto è 78.

Nel 2011 si è anche avviato il governo del controllo sul banking autologo. La conservazione ad uso personale autologo in assenza di indicazioni non è raccomandata dalla comunità scientifica in quanto la probabilità media di usare il proprio sangue placentare è estremamente ridotta (0,001 %). Tale conservazione non è prevista in Italia e in molti paesi Europei, dove le Banche di Sangue

Placentare gravano sulla Sanità Pubblica. E' invece autorizzata l'esportazione di campioni di sangue da cordone ombelicale per uso personale ai fini della loro conservazione presso banche operanti all'estero secondo quanto previsto dall'ordinanza ministeriale del 26 febbraio 2009 e dalla DGR n. 16/802 del 15/10/2010 della Regione Piemonte. Tutti i 31 punti nascita della Regione sono attivi per la raccolta di unità di sangue cordonale destinate all'esportazione. Nella tabella che segue è riportata l'attività 2011 della raccolta di sangue cordonale

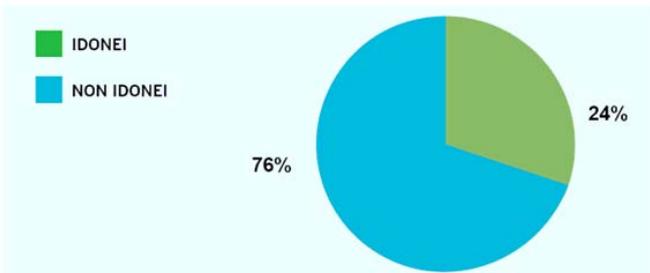
PUNTI NASCITA	NASCITE	CB USO	CB USO SOLIDARISTICO	
			RACCOLTE	IMBANCATE
AL A.S.O. SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo Alessandria	1184	16	171	21
AL Ospedale Civile - Acqui Terme	402	2	0	0
AL Ospedale San Giacomo - Novi Ligure	525	12	0	0
AL Ospedale Santo Spirito - Casale Monferrato	555	3	82	3
AL Ospedale SS. Antonio e Margherita - Tortona	429	2	6	3
AT Ospedale Cardinal G. Massaia - Asti	1537	27	23	5
BI Ospedale Degli Infermi - Biella	914	28	1	0
CN A.S.O. S. Croce e Carle - Cuneo	1829	55	114	8
CN Ospedale Maggiore SS. Annunziata - Savigliano	1338	29	0	0
CN Ospedale San Lazzaro - Alba	1300	27	0	0
CN Ospedale Santa Croce - Mondovì	618	11	0	0
NO A.O.U. Maggiore Della Carità - Novara	2088	82	0	0
NO Istituto S.S. Trinita - Borgomanero	1165	27	44	21
TO A.O. Sant'Anna - Torino	4658	119	458	81
TO Ospedale Civico - Chivasso	1192	15	0	0
TO Ospedale Civile - Cuorgnè	665	5	0	0
TO Ospedale Civile - Ivrea	243	1	126	45
TO Ospedale Civile - Susa	386	0	0	0
TO Ospedale Civile "E. Agnelli" - Pinerolo	1094	11	51	11
TO Ospedale Degli Infermi - Rivoli	1219	7	0	0
TO Ospedale Maggiore - Chieri	752	14	5	0
TO Ospedale Maria Vittoria - Torino	1676	7	25	3
TO Ospedale Martini - Torino	852	13	20	6
TO Ospedale Mauriziano Umberto I - Torino	1227	17	5	1
TO Ospedale San Lorenzo - Carmagnola	475	0	0	0
TO Ospedale Santa Croce - Moncalieri	1304	17	0	0
TO Presidio Ospedaliero Riunito - Ciriè	1061	9	0	0
VB Ospedale San Biagio - Domodossola	195	11	0	0
VB Stabilimento Ospedaliero Castelli - Verbania	665	33	0	0
VC Ospedale Sant'Andrea - Vercelli	641	36	0	0
VC Ospedale SS. Pietro e Paolo - Borgosesia	473	0	0	0
VDA A.S.R. Ospedale U. Parini - Aosta	ND	ND	115	11
<b>TOTALE</b>	<b>32662</b>	<b>636</b>	<b>1246</b>	<b>219</b>

CB = Cord Blood

### 1.2 Consolidamento delle attività della banca di tessuto muscolo-scheletrico.

La banca del tessuto muscolo-scheletrico governa con attenzione l'attività di prelievo di osso da vivente (191 prelievi nel 2011 rispetto ai 243 prelievi nel 2010), con un'attività di prelievo da donatore cadavere (8 prelievi nel 2011) ridotta rispetto al 2010. Pure sono stabili nel 2011 gli

#### 574 PAZIENTI ESAMINATI PER DONAZIONE OMOLOGA



interventi di innesto d'osso e la quantità di tessuti utilizzati.

Nel 2011 sono stati esaminati 574 pazienti da sottoporre ad intervento di protesi totale d'anca, di cui 136 sono

stati considerati idonei alla donazione di tessuto.

Sono stati imbankati, con la collaborazione dei centri prelievo, 191 tessuti da donatori viventi di cui 117 provenienti da donatori omologhi e 74 per uso autologo.

A seguito dell'attività di prelievo da donatore cadavere sono stati imbankati 170 segmenti



Nel corso dell'anno per conto della BTM Regione Piemonte presso la BTM IOR di Bologna sono stati sottoposti a processazione asettica n. 28 segmenti con la produzione di 326 tessuti, tra cui 10 confezioni di microstecche da 45 gr. di spongiosa ciascuna, 225 confezioni di osso liofilizzato e 31 confezioni di osso morcellizzato.

L'attività della BTM ha consentito di evadere 693 richieste di tessuto per l'esecuzione di 440 interventi

di varia tipologia.

### 1.3 Consolidamento delle attività delle altre banche di tessuto della Regione Piemonte.

Per quanto riguarda i trapianti di tessuto, per tutte le altre banche istituite in Regione, il 2011 ha mantenuto una tendenza positiva. Il sistema dei trapianti di cornea offre buone garanzie, con un incremento di trapianti nel 2011 pari al 5% (489 nel 2011 e 470 nel 2010, con un tasso p.m.p. tra i più alti in Italia). Continua dunque il risultato positivo del programma di trapianto di cornee, che ha visto progressivamente ridursi il numero dei candidati in lista (da alcune centinaia nei primi anni

ATTIVITA' NEGLI ANNI 2004-2011



2000, a 143 alla fine del 2011). L'attività della banca della cute è lievemente diminuita rispetto all'anno precedente sul versante dei prelievi (55 nel 2011 verso i 63 nel 2010) mentre sono aumentati i trapianti eseguiti (169 nel 2011 verso 148 nel 2010). La banca delle valvole e dei segmenti vascolari ha incrementato notevolmente la raccolta e la distribuzione delle valvole cardiache (39 valvole raccolte nel 2011 e 42 valvole distribuite, 32 fuori regione), ma deve

ancora consolidare un programma di raccolta e distribuzione dei segmenti vascolari. La banca delle membrane amniotiche riesce a soddisfare le richieste di questo tessuto, con 123 patch distribuiti nel 2011 (135 nel 2010). La banca delle cornee si è poi fatta carico anche della conservazione e distribuzione di tessuto paratiroideo per uso autologo, con 6 tessuti conservati nel 2011 (11 nel 2010) di cui 1 è stato reimpiantato.

In sintesi, nel corso del 2011:

- si sono incrementati i prelievi e la processazione di tessuti
- si sono sviluppati programmi di qualità delle banche
- si sono potenziate le strumentazioni a disposizione
- si è provveduto alla stabilizzazione di alcuni operatori precari che operavano nelle banche di tessuto
- si sono svolti corsi di formazione
- si è avviata la gestione del rischio clinico relativo alle donazioni ed ai trapianti di tessuto
- si è potenziato il sistema informativo regionale relativo alle banche di tessuto ed ai donatori multitessuto

## **2. Sviluppo di attività di terapie cellulari attraverso lo sviluppo di una rete regionale.**

La Regione Piemonte ha rilevato la necessità di adeguare le attuali banche dei tessuti alle normative in materia di Good Manufacturing Practices, GMPs, e Good Laboratory Practices, GLPs; di dotarsi di strutture idonee a rispondere in modo efficace ed efficiente alla crescente possibilità di impiego di tessuti e cellule staminali adulte a scopo terapeutico, in conformità agli standard tecnici e all'evoluzione normativa, nonché di definire una rete funzionale tra le diverse aree di attività coinvolte.

Per raggiungere tali obiettivi la Regione Piemonte con propria deliberazione n. 27-8060 del 21/01/2008 ha proceduto all'istituzione del Centro Regionale di Medicina Rigenerativa (CRMR), assegnandone la relativa funzione all'AOU San Giovanni Battista di Torino.

Con propria deliberazione n. 20-13606 del 22 marzo 2010, la Regione Piemonte ha quindi dato mandato all'AOU S.G. Battista di Torino di procedere alla definizione degli atti e delle procedure necessarie a dare pieno avvio al CRMR nel rispetto degli obiettivi e delle disposizioni contenuti in questo provvedimento e negli altri atti di riferimento, definendo quali attività dovranno essere svolte nelle Cell factories regionali. Lo sviluppo di officine cellulari si è realizzata in collaborazione con le Banche di tessuto. La Regione ha infatti specificato che il CRMR deve coordinare le funzioni che sviluppino "terapie cellulari", svolte dalle banche dei tessuti e dal programma di trapianto di insule pancreatiche, nonché promuovere l'attivazione di cell factories al servizio delle diverse strutture assistenziali regionali che hanno la necessità di avvalersi di tali prodotti. La Regione ha previsto, in particolare, l'attivazione, nell'ambito del CRMR, di una "Tissue and Cell Factory" (Fabbrica di Cellule e Tessuti) centralizzata, che risponda ai requisiti di GMP-GLP e sia in grado di introdurre nel mondo sanitario piemontese tecnologie e prodotti all'avanguardia della medicina, nel pieno rispetto della sicurezza per i pazienti durante gli studi clinici sperimentali e nel corso del trattamento terapeutico a regime.

Nel 2011 i programmi contenuti nella DGR 20-13606 sono stati riconsiderati in relazione all'emanazione del nuovo piano sanitario che riuniva a partire dal 1 luglio le 3 Aziende nella quali si doveva sviluppare un polo di produzione cellulare, in un'unica azienda denominata Città della Salute e della Scienza.

Nel 2011 è proseguito lo sviluppo strutturale delle 2 cell factories situate presso il Presidio OIRM S.Anna e presso il Presidio CTO.

La prima ha completato la parte strutturale ed impiantistica, e sta completando la parte di procedure. Per la seconda, è stata avviata la fase di edificazione della struttura, situata in un edificio dedicato alla banca della Cute di nuova realizzazione. Non è invece proseguita la fase di convenzione con l'università per il pieno utilizzo della cell factory situata presso il Centro di Biotecnologie Molecolari. Non è quindi ripresa l'attività di produzione delle insule pancreatiche.

Contemporaneamente si è sviluppato un interesse per l'impiego a scopo terapeutico di cellule staminali epatiche, la cui produzione è stata affidata alla ditta Areta, regolarmente riconosciuta da AIFA.

Si è quindi sviluppato un progetto di sperimentazione di fase I per il loro impiego a scopo terapeutico in pazienti pediatrici con malattie metaboliche da difetto del ciclo dell'urea, per i quali non è possibile – data l'età e il piccolo peso corporeo – il trapianto di fegato.

Il dossier per l'autorizzazione alla sperimentazione è ora all'esame dell'Istituto Superiore di Sanità.

## **Linea Progettuale N. 8**

### **Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita**

#### **Denominazione Progetto**

***Diagnosi precoce in età evolutiva: analisi dei tempi, delle modalità di intervento e delle tipologie diagnostiche nei percorsi dedicati ai primi anni di vita attraverso il Sistema Npi-Net***

Nel corso del 2011 sono stati effettuati audit e momenti di formazione agli operatori dei servizi di NPI del Piemonte per sensibilizzarli all'effettuazione della diagnosi e presa in carico precoce nei primi anni di vita oltre ad uniformare le procedure, ed impostare un unico riferimento di classificazione diagnostica e ad avviare una rete integrata tra i servizi.

Questo processo di sensibilizzazione ha consentito, ad alcune strutture di NPI, in collaborazione con le pediatrie, l'apertura di alcuni ambulatori (p.e. presso l'ASL di No Osp. di Borgomanero) per il follow up neuro-psichico dei neonati pretermine o con problematiche neo-perinatali. Nonché il consolidamento di quelle attività già in essere presso altre strutture.

La presa in carico precoce di questi bambini e delle loro famiglie ha consentito, laddove necessario, l'avvio corretto di procedure riabilitative oltre al sostegno psicologico dei genitori.

Il monitoraggio dei dati attraverso il sistema epidemiologico Npi-Net, ha consentito di verificare la bontà del progetto impostato: è stato possibile definire l'analisi dei tempi, delle modalità di intervento e delle tipologie diagnostiche nei percorsi dedicati ai primi anni di vita.

La lettura di questi dati evidenzia che: nel 2011, si è registrato un deciso abbassamento dell'età media di presa in carico da parte dei servizi di NPI del Piemonte.

Si è passati infatti da 6788 pazienti da 0 a 3 anni in trattamento nel 2010 a 7081 pazienti nel 2011 con un accrescimento del 4,3 % dei soggetti nella fascia 0-3.

Inoltre le modalità e le tempistiche di intervento risultano oggi più uniformi su tutto il territorio regionale.

La tempistica di presa in carico, indicatore di riferimento del progetto, conferma che nel 2011 sono stati presi in carico N. 2099 piccoli pazienti nel primo anno di vita versus N.1894 presi in carico nel 2010 con una crescita di oltre 200 pazienti pari a circa il 10%.

In relazione alle tipologie diagnostiche si riportano qui le principali diagnosi rilevate nei report Npinet 2010 e 2011 da cui si evince un deciso accrescimento di alcune diagnosi tipiche dei primi anni di vita.

	<b>2010</b>	<b>2011</b>
Autismo	3622	3821
Dist emotivi dell'infanzia	5705	5731
Paralisi cerebrale Infantile	2459	2461
Altre malattie del SNC	1481	1458
Ritardo mentale	12229	13061
Sindrome di Down	764	722
Tumori	777	301
Follow up	1990	2474

Ci si attende dunque che questo trend si consolidi e tenda ulteriormente ad aumentare nei prossimi anni.

## Linea Progettuale 9 Malattie Rare

### Denominazione Progetto:

***Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - Estensione di nuovi PDTA e di corsi per gli operatori***

### Relazione

Filone 1: integrazioni con le reti delle malattie rare di regioni limitrofe

Il centro di Coordinamento della Rete Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta e quello della regione Lombardia hanno attivato un tavolo di lavoro e redatto un documento programmatico relativo alle problematiche da affrontare congiuntamente. In particolare sono stati previsti specifici gruppi di lavoro dedicati a:

- a. transizione dei pazienti dall'età evolutiva all'età adulta;
- b. somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici;
  
- c. produzione di farmaci galenici;
- d. individuazione dei test genetici effettuati presso nelle tre regioni ed omogenizzazione delle procedure di accesso ai test.
- I referenti clinici dell'AUSL di Aosta, parte integrante della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta sono stati inclusi in tutti e 18 i gruppi consortili attualmente attivi.

Filone 2: estensione di protocolli diagnostico-terapeutico-assistenziali, definizione di criteri diagnostici condivisi e realizzazione di attività formative dedicate

- a. Sono stati realizzati, e fatti oggetto di apposita circolare regionale, 2 PDTA, uno dedicato al Linfedema Primitivo ed uno dedicato alla sindrome da Anticorpi Antifosfolipidi. Altri 4 PDTA (cistite interstiziale, amiloidosi sistemiche, retinopatie genetiche, cistite interstiziale) sono in fase avanzata di realizzazione.
- b. Nel 2012 sono state realizzate numerose attività formative atte a diffondere la conoscenza della rete delle malattie rare e di specifiche patologie. In particolare:
  - - convegno nazionale dedicato a patologia immune e malattie orfane
  - - 5 edizioni di un corso dedicato alla sindrome da anticorpi antifosfolipidi
  - - 1 convegno regionale dedicato alle epilessie congenite in età infantile
  - - 1 edizione di un corso dedicato alle amiloidosi sistemiche
  - - 1 incontro con le associazioni di pazienti dedicato alla presentazione delle attività della rete e dei gruppi consortili
- c. Realizzazione di apposite schede di censimento all'interno dell'applicativo per la gestione del registro interregionale per le malattie rare contenenti criteri diagnostici condivisi per:
  - - sclerosi sistemica progressiva
  - - sindrome da anticorpi antifosfolipidi
  - - difetti emorragici congeniti
  - - sindrome di Arnold-Chiari
  - - siringomielia e Siringobulbia

Filone 3: modifica evolutiva dell'attuale sistema di gestione informatizzata del registro interregionale delle malattie rare

- Il sistema di segnalazione informatizzato per le malattie rare è stato aggiornato secondo i più avanzati standard informatici. Attualmente il sistema è accessibile via web, pur nel rispetto delle normative di sicurezza connesse al trattamento di dati sensibili. L'interfaccia grafica è stata rinnovata per migliorare l'utilizzo dell'applicativo.
- La nuova versione dell'applicativo ha inoltre permesso l'implementazione di sistemi di controllo sulla prescrizione di alcuni farmaci ad elevato costo e a rischio di inappropriata.
- Ad oggi il registro ha permesso il censimento di 19000 pazienti affetti da malattia rara e di più di 2000 pazienti con un sospetto di malattia rara.

Filone 4 : ottimizzazione dell'informazione per i pazienti, per gli operatori sanitari e sociali anche tramite il sito [www.malattierarepiemonte-vda.it](http://www.malattierarepiemonte-vda.it)

• Il sito [www.malattierarepiemonte-vda.it](http://www.malattierarepiemonte-vda.it) ha subito nel 2012 alcune modifiche evolutive atte a migliorare l'informazione per i pazienti e per gli operatori. In particolare sono state inserite delle sezioni di FAQ specifiche per i pazienti, per gli operatori sanitari del territorio e per gli specialisti ospedalieri.

#### **Raggiungimento degli obiettivi**

Obiettivi raggiunti (v.re relazione)

#### **Tempi**

1 anno (estensibile fino a 3)

## **Linea Progettuale 12 Salute mentale**

#### **Denominazione Progetto:**

***Diagnosi precoce delle demenze attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica***

#### **Relazione**

Dall'inizio del Progetto in riferimento, sono stati indagati attraverso valutazione psicodiagnostica 1283 pazienti (con in allegato il dettaglio per genere, età, patologia).

Il Progetto ha impiegato Neuropsicologi operanti nei reparti Ospedalieri di Neurologia, Geriatria, Psichiatria. E' stata inoltre coinvolta, al fine della continuità della presa in carico, anche la SC STCC (Servizio territoriale continuità delle cure) attraverso un presidio operativo.

Il coordinamento del progetto è affidato al Dirigente Psicologo dell'Asl TO3, e fa capo all'Ambulatorio Dipartimentale di Neuropsicologia (rif. Delibera n.727 del 23 giugno 2008).

Le attività si sono svolte specificatamente nelle seguenti aree:

- Ambulatori dipartimentale di Neuropsicologia.
- SC Neurologia Ospedali e relativi Ambulatori territoriali
- SC Psichiatria Ospedali e relativi Ambulatori territoriali
- SC Psichiatria Ospedali e relativi Ambulatori ospedalieri
- SC Geriatria Ospedali e relativi Ambulatori ospedalieri e territoriali
- RSA
- SC STCC

La ripartizione evidenziata nei grafici è stata affinata per macro aree, a causa della frammentazione dei pazienti trattati, come segue:

- MCI (Mild Cognitive Impairment)
- Demenza NAS ( riferita principalmente alla fase I e in parte minore alla fase II)
- Deficit cognitivo NAS ( che comprende pseudodemenza, disturbo post concussivo, funzionamento intellettuale limite, quadri psichiatrici sia endogeni che esogeni)
- Altro (che comprende di fatto un normale invecchiamento cerebrale).

L'approfondimento psicodiagnostico ha favorito l'affinamento della diagnosi clinica, permettendo un inquadramento farmacologico più adeguato ai bisogni individuali, e contemporaneamente, attraverso la strutturazione di gruppi psicoterapeutici per ciascuna area geografica corrispondente ai attuali Distretti e agli Ospedali (2) si è potuto provvedere al sostegno del Caregiver, con la conseguente presa in carico "globale" della patologia AD.

I caregiver valutati sono stati 1218, dato di fatto sovrapponibile ai pazienti valutati, in quanto la prima visita viene effettuata valutando da una parte il carico familiare delle strategie di coping (codice branca 40 – 94.08.6 valore euro 7,35) oltre alla somministrazione di test di deterioramento (codice branca 40 – 94.01.2 valore euro 20,00) a cui si associa un primo colloquio psicologico clinico (codice branca 40 – 94.09 valore euro 23,90) e a cui fa seguito un colloquio psicologico successivo di restituzione della ipotesi diagnostica e del percorso da seguire come progetto individualizzato con i relativi follow up (codice branca 40 – 94.09 valore euro 20,00). Per quello che concerne i caregiver, una volta inseriti nei gruppi afferiscono alla psicoterapia di gruppo (codice branca 40 – 94.44 valore euro 11,25). I valori riferiti in parentesi riguardano la partecipazione alla spesa sanitaria sotto forma di ticket per i pazienti e i caregiver non esenti.

### **Raggiungimento degli obiettivi**

In sintesi finale si può dire di aver ottenuto in prima istanza, e dal punto di vista metodologico clinico i seguenti risultati:

diminuzione delle prescrizioni di farmaci da parte dei Medici Specialisti di circa l'1%.  
riduzione degli inserimenti in strutture convenzionate (RSA ecc..) di circa lo 0,9%.  
strutturazione di una rete di servizio di diagnosi precoce sia a livello ospedaliero che territoriale sia per il caregiver che per il paziente  
iniziale coinvolgimento dei MMG  
riduzione dell'utilizzo della diagnostica strumentale (RMN, TAC, SPECT) a favore di una prima valutazione di screening attraverso test neuropsicologici.  
Diagnosi in fase pre clinica di circa il 50% dei pazienti individuati, ossia si è permesso agli stessi e alle loro famiglie di affrontare con più efficacia questa patologia quando ancora non florida  
Diagnosi differenziale su circa il 40% dei pazienti valutati, che significa permettere terapie più adeguate ed efficaci per il paziente e la sua famiglia.  
Individuazione di forme "reversibili" di circa il 10% dei pazienti valutati, che significa permettere una ripresa del percorso di cura in senso non degenerativo.

Le criticità rilevate sono altrettanto significative dei risultati ottenuti, e di seguito elencate:

le percentuali riportate sono viziate da dati parziali e da una sovrastima in letteratura della diagnosi di demenza, per cui vanno affinate  
il Progetto non è ancora concluso nella sua fase sperimentale, per cui i dati riportati non possono essere definitivi  
manca l'accesso cospicuo dei pazienti inviati dai MMG, in quanto questa fase è solo all'inizio ed in fase di strutturazione nei prossimi mesi  
la diagnosi di MCI è in letteratura poco chiara come anche la diagnosi di demenza (che può essere solo fatta con certezza post mortem), per cui i dati riportati come inquadramento diagnostico vanno considerati come ipotesi diagnostica  
le risorse umane ed economiche ad oggi utilizzate soffrono della instabilità strutturale del Progetto e quindi l'impact factor è minimale sul piano dell'organizzazione sanitaria con cui ci si interfaccia.

### **Tempi**

Il Progetto in esame è stato inserito nei Piani Regionali di Prevenzione 2010-2012, e nuovamente inserito in quelli 2013 – 2015, in quanto l'attuale Assessorato alla Sanità ha considerato centrale il problema delle Demenze nell'ambito della prevenzione, al fine di poter intervenire in modo tempestivo in una patologia così complessa e che coinvolge non solo il malato ma anche e soprattutto la sua famiglia. In questa direzione si considera necessario proseguire verso l'implementazione del Progetto con l'individuazione, (alla luce del nuovo assetto sanitario delle ASL/ASO e delle Federazioni) delle ASL, delle Aziende Ospedaliere e degli altri Presidi territoriali ed ospedalieri delle Federazioni di riferimento sul territorio regionale per l'applicazione in fase "allargata" di questo Progetto. Ciò al fine di intervenire sia in ambito ospedaliero (in supporto e integrazione ai reparti di Neurologia, Geriatria, Psichiatria) che in ambito territoriale (Ambulatori, RSA, Centri Diurni) con l'obiettivo di generare continuità e presa in carico del paziente e della sua

famiglia. Il coordinamento del Progetto sarà affidato ad un Dirigente Psicologo con provate competenze neuropsicologiche e di psicodiagnostica, a cui faranno riferimento Psicologi con specifiche competenze in ambito di diagnosi precoce delle demenze. Parallelamente a questa fase di assessment organizzativo clinico metodologico, si procederà ad una analisi delle realtà neuropsicologiche presenti nelle ASL e nelle ASO della Regione Piemonte al fine di impostare una messa in rete dei professionisti che si occupano a vario titolo di questo argomento con particolare e specifica attenzione al mondo delle Demenze; ciò al fine di rendere operative antenne territoriali e ospedaliere di diagnosi precoce delle demenze attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica in supporto e integrazione alle Specialità mediche di riferimento per la patologia in esame. I gruppi saranno costituiti (come base di partenza) da un Dirigente Psicologo (da reperire nella pianta organica senza costi aggiuntivi), uno Specialista convenzionato (da reperire nella pianta organica senza costi aggiuntivi), tre specialisti (750 ore anno di impegno a costo zero). La valutazione di fattibilità e la raccolta dati delle diverse realtà neuropsicologiche presenti nelle ASL e nelle ASO della Regione Piemonte sarà effettuata sotto forma di organizzazione e coordinamento dei dati raccolti dal "Gruppo di lavoro Regionale per l'elaborazione delle linee di indirizzo per la diagnosi precoce della demenza attraverso la valutazione neuropsicologica e psicodiagnostica" in quanto in tale gruppo sono presenti sia Psicologi che Psichiatri che Geriatri che Neurologi che operano sia in ambito universitario che nelle ASL che nelle ASO.

### **Indicatori**

Il progetto in esame ha provato con dei dati precisi assimilabili alla variabile epidemiologica oltre che a quella dell'analisi dei costi standard, la validità clinica ed economica dei servizi per la diagnosi e l'intervento precoce della demenza, con ulteriore supporto delle ricerche più attuali sviluppate in Europa in questa direzione (1). Si è proceduto ad una analisi dei dati epidemiologici e sintomatici della demenza analizzando poi quanto le cure e l'assistenza ai malati incida economicamente sulle risorse dell'ASL/ASO. Sappiamo quanto sia forte la difficoltà di diagnosticare precocemente la patologia, che al contrario nella maggior parte dei casi viene diagnosticata soltanto nelle fasi più avanzate, mentre la diagnosi precoce permette di prevenire o comunque ritardare il ricovero in strutture residenziali, e conseguentemente ridurre i costi sociali sia pubblici che privati, a carico della famiglia del paziente. Sono presenti in letteratura studi che dimostrano come i principali fattori che portano all'ospedalizzazione del paziente siano i disturbi comportamentali, le allucinazioni e la depressione conseguenti alla demenza, tutti fattori che possono essere contenuti e trattati. Infatti è dimostrato che interventi psicosociali sui caregiver e programmi organizzati di supporto all'assistenza prolungano significativamente i tempi di ingresso in strutture residenziali (Gilley 2004, Brodaty 2003, Mittleman 2006, Challis 2002). I dati a nostra disposizione ci confermano oggi i dati di letteratura a nostra disposizione, ossia le analisi più recenti suggeriscono che un Servizio di diagnosi precoce per le demenze, per raggiungere l'efficienza economica, necessita di ottenere un modesto aumento della qualità media di vita delle persone affette da demenza (miglioramento delle autonomie del quotidiano), oltre ad una diminuzione del 10% degli inserimenti in case di cura. Nello specifico un guadagno compreso tra 0.01 e 0.02 QALYs (indice che identifica gli anni di vita ponderati per qualità) per persona all'anno, sarebbe sufficiente a raggiungere l'efficienza economica (in termini di valore attuale netto positivo), dato questo ad oggi perseguito nell'esperienza in esame.

*(1) Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia (Int J Geriatr Psychiatry 2009) Autori: Sube Banerjee, Section of Mental Health and Ageing, The Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK – Raphael Wittemberg, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, London, UK.*

## **Linea Progettuale 12**

### **Salute mentale**

#### **Denominazione progetto:**

#### **Programma dedicato alla diagnosi e all'intervento precoce nelle psicosi**

Il **primo obiettivo** di salute: l'identificazione di sintomi sottosoglia correlati all'alto rischio di disturbi dello spettro psicotico (prodromi) nei soggetti giovani che si rivolgono ai servizi di Psichiatria. A tal fine è stata applicata la procedura di valutazione di segni, sintomi e fattori di rischio in pazienti giovani al primo accesso con sintomi aspecifici. Gli indicatori testati sono:

fattori di rischio quali età, anamnesi familiare di disturbo psicotico, personalità vulnerabile, scarso funzionamento sociale premorbo, gravi eventi di vita, uso di sostanze d'abuso;

oscillazioni del tono dell'umore, irritabilità, modificazioni cognitive quali difficoltà di memoria e di concentrazione, modificazioni della percezione del sé/altri/mondo come sospettosità, emergere di credenze inusuali, percezione che le cose siano cambiate, che il pensiero sia accelerato, modificazioni comportamentali del paziente come isolamento, alterazioni del sonno o dell'appetito alterato;

presenza di sintomi psicotici attenuati o intermittenti;

entità dello scadimento del funzionamento sociale.

Un elemento importante della valutazione dei fattori di rischio per la psicosi è il monitoraggio dei segni e sintomi indagati, poiché non tutti i pazienti che sperimentano tali sintomi progrediranno verso un episodio psicotico vero e proprio. Pertanto vengono eseguite visite psichiatriche ravvicinate nel tempo (ogni 3-4 settimane della durata di 20 minuti) per monitorare l'evoluzione della situazione clinica. L'intervento si basa principalmente sull'attività di supporto svolto da parte del medico e dello psicologo clinico, tenendo conto dell'importanza che può avere, nella relazione terapeutica con il giovane paziente.

Il **secondo obiettivo** è finalizzato allo sviluppo di una procedura standard per la gestione ottimale del primo episodio di psicosi. Le procedure standardizzate che applichiamo mirano a limitare le conseguenze negative legate alla durata di psicosi non trattata, come ad esempio una remissione più lenta o una prognosi meno favorevole, oltre che ad ottenere la remissione dei sintomi psicotici positivi e prevenire/individuare/trattare i sintomi in comorbidità. Inoltre, non appena ottenuta la stabilizzazione dell'episodio, l'accento è rivolto alla promozione della ripresa psicosociale del giovane paziente e all'elaborazione delle esperienze distruttive dovute all'esordio di malattia, stigmatizzanti e traumatiche mediante colloqui di supporto e mediante un rapporto di collaborazione con la famiglia. Abbiamo previsto che, parallelamente alle visite di controllo psichiatrico (ogni mese), per i primi 6 mesi vengono proposte al paziente colloqui psicologici di supporto ogni 15 giorni e un incontro mensile con la famiglia. Seguiranno dei brevi colloqui telefonici di follow-up ogni mese per l'anno a seguire.

La valutazione standardizzata del paziente prevede:

accurata ricostruzione della storia clinica e familiare;

valutazione dei rischi suicidari, abuso di sostanze, ansia sociale...;

valutazione dello stato di benessere fisico;

ipotesi diagnostica mediante assegnazione ad una categoria diagnostica precisa secondo i criteri dell'ICD 10 o DSM IVTR e rivalutazione dopo la stabilizzazione clinica mediante l'utilizzo di delle scale psichiatriche standardizzate ;

valutazione cognitiva mediante la somministrazione di scale e test specifici per le funzioni attentive (Stroop Test, Trail Making Test), di memoria (California Verbal Learning Test), esecutive (Wisconsin Card Sorting Test), il livello intellettuale premorbo (test di Intelligenza Breve);

impostazione del trattamento farmacologico secondo le attuali linee-guide con particolare attenzione alla tollerabilità e alla sicurezza;

coinvolgimento del paziente nel piano di cura;

sostegno al paziente e alla famiglia (colloqui informativi e di supporto).

**Indicatori :**

n. 2 Centri partecipanti, n. 6 operatori coinvolti e partecipi alla formazione, n. 10 pazienti arruolati, n.5 pazienti in follow-up

**Linea Progettuale 13  
PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE**

**Denominazione Progetto:**

***Piano regionale di prevenzione 2010-2012***

**Relazione**

La Regione Piemonte ha posto in essere le attività previste nel Piano regionale di prevenzione 2010-2012 sostenendo la programmazione attuata a livello locale attraverso lo strumento dei Piani locali di prevenzione, elaborati, sviluppati e rendicontati da ciascuna ASL. Il lavoro, iniziato nel 2010 in forma sperimentale, si è consolidato nel 2011 cercando di armonizzare i progetti di interesse regionale e le attività ordinarie che concorrono agli specifici obiettivi del Piano. Con Determinazione Dirigenziale n. 798 del 27/10/2011 (modificata con successiva DD n. 59 del 31/01/2012), sono stati nominati i referenti delle linee progettuali regionali del Piano, con compiti di coordinamento, monitoraggio e rendicontazione dell'attività.

Secondo quanto previsto dal Documento di valutazione dei Piani regionali di prevenzione, che stabilisce le modalità e i tempi della certificazione dei Piani regionali (Intesa Stato-Regioni del 10 febbraio 2011), la valutazione di processo ha l'obiettivo di monitorare il raggiungimento degli obiettivi definiti nella programmazione, misurando lo scostamento tra i risultati osservati e quelli attesi. Operativamente, il documento prevede che la Regione trasmetta alla Direzione operativa del CCM entro il 31/03/2012 la rendicontazione aggiornata al 21/12/2012; la rendicontazione è stata trasmessa con nota n. 10251 del 28/12/2012 a firma del Direttore della Direzione Sanità. Il 4/07/2012 la Direzione CCM ha comunicato alla Regione Piemonte l'esito positivo della valutazione del Piano, mentre la certificazione al tavolo tecnico degli adempimenti LEA è avvenuta il 17/07/2012.

**Raggiungimento degli obiettivi**

La percentuale dei programmi/progetti del Piano di prevenzione che presentavano uno scostamento superiore al 20% tra valore osservato e valore atteso degli indicatori al 31 dicembre 2011 è risultata pari a **39,4%**, inferiore quindi alla soglia massima del 50% prevista dal documento di valutazione.

**Tempi**

La rendicontazione è avvenuta entro il termine previsto del 30/03/2012, rispettando quindi la scadenza indicata nel Documento di valutazione dei Piani regionali di prevenzione.

**Indicatori**

Si riportano i valori di alcuni dei principali indicatori di attività.

**Valutazione del rischio individuale di malattia**

Percentuale di soggetti con punteggio del rischio cardiovascolare noto: 6%.

**Prevenzione delle patologie e condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari**

Guadagnare salute in adolescenza: almeno una ASL è stata coinvolta in ciascun progetto (Fuoriposto 6 ASL, Unplugged tutte le ASL, Sicurezza 7 ASL, Peer IST 4 ASL, Alimentazione e AF 3 ASL, Peer to peer 1 ASL); il 23,4% delle scuole secondarie di 1° e 2° grado ha aderito ad almeno un progetto (258/1100 scuole).

Progetto di promozione dell'attività motoria in ambiente di lavoro: il 70% dei progetti avviati con i Piani Locali di Prevenzione hanno aderito alla sperimentazione del Piano di valutazione elaborato a partire da dati di letteratura, metodi e strumenti per la valutazione, piani di valutazione dei progetti considerati Buone Pratiche.

Prevenzione dell'obesità, attraverso il miglioramento dell'offerta alimentare nella ristorazione collettiva: in ogni ASL i SIAN hanno realizzato almeno un incontro di informazione/formazione con operatori della ristorazione collettiva (miglioramento porzionatura alimenti nella ristorazione scolastica; miglioramento sorveglianza nutrizionale ristorazioni assistenziali).

#### **Patologie determinate da alimenti**

Redazione linee di indirizzo operativo 2011 per adeguamento a linee guida europee EFSA 2010 nella gestione delle malattie trasmesse da alimenti (MTA). Tutte le ASL hanno formalizzato gruppi aziendali MTA e hanno partecipato agli eventi formativi correlati.

Miglioramento del Piano Regionale Integrato dei controlli di Sicurezza Alimentare (PRISA): in tutte le ASL sono stati programmati più di 5 obiettivi di miglioramento tra i 21 indicati dalla programmazione regionale (DGR 14-915 del 2010). 8 obiettivi di miglioramento sono stati raggiunti in tutte le ASL, altri obiettivi sono stati raggiunti dal livello regionale o solo in alcune ASL.

#### **Prevenzione delle malattie trasmissibili**

Risultati della campagna vaccinale MPR: 92% per prima dose, 86% per seconda dose.

Rosolia in gravidanza e rosolia congenita: il 100% dei casi sospetti è stato sottoposto a conferma.

Controllo delle infezioni correlate all'assistenza: sperimentazione di check list per l'applicazione di precauzioni da trasmissione: check list disponibile nel 100% dei reparti di assistenza; sistematico utilizzo della check list con valutazione degli item rispettati in occasione di almeno 20 ricoveri che richiedono l'applicazione delle precauzioni da trasmissione: 70% di item rispettati.

Tubercolosi: la sorveglianza degli esiti del trattamento e dei percorsi assistenziali dei pazienti diagnosticati in Piemonte è stata integrata nel nuovo sistema web regionale di notifica delle malattie infettive, con l'unificazione dei due flussi informativi sino a ora differenziati. Utilizzazione del sistema web per la gestione dei casi di TB polmonare: sono stati attivati i due accessi previsti presso il CPA. L'adozione della nuova scheda di notifica e gestione dei casi di tubercolosi e trasmissione delle relative procedure e indicazioni di utilizzo è stata ufficializzata a livello regionale a seguito di un percorso di formazione e sperimentazione da parte di tutti gli operatori coinvolti.

Malattie da importazione: è stato effettuato il 100% dei controlli previsti dal piano di sorveglianza nazionale per West Nile disease negli animali, inoltre è stata effettuata una sorveglianza aggiuntiva in Piemonte che ha previsto il controllo di mortalità anomale rilevate negli uccelli selvatici in molte zone umide del Piemonte individuate come potenziali "aree di ingresso" dei virus.

#### **Prevenzione dei rischi in ambienti di vita**

È stato costituito un sistema di sorveglianza integrato sugli effetti delle sostanze chimiche provenienti da insediamenti produttivi.

È stato predisposto un elenco di 141 impianti industriali possibili fonti di emissione di diossine, si è proceduto alla georeferenziazione e alla definizione di areali (buffer) con raggio di 3 chilometri e sono state identificate le aziende zootecniche localizzate all'interno dei buffer. Infine è stato prodotto il relativo materiale cartografico.

In due aree a contaminazione nota da diossine (Val Susa, To, e area di Carisio, Vc) sono stati realizzati un protocollo esecutivo per il campionamento, due schede di accompagnamento campioni (rispettivamente per le matrici latte e uova) e una scheda di caratterizzazione ambientale da applicarsi all'azienda zootecnica oggetto di prelievi.

Sono state effettuate 168 determinazioni analitiche di biomonitoraggio su microinquinanti.

È stata elaborata una proposta di linee guida per la valutazione di impatto sanitario (VIS) riguardante Screening-Scoping, Assessment, Reporting.

#### **Prevenzione dei rischi in ambienti di lavoro**

Sicurezza in agricoltura: 5 ASL su 12 hanno avviato i controlli in agricoltura utilizzando la scheda nazionale di rilevazione della sicurezza delle macchine agricole. Nelle ASL a vocazione agricola sono stati formati alcuni operatori per le attività di controllo secondo le indicazioni e priorità del

Piano Regionale di Prevenzione in Agricoltura e Selvicoltura 2010-2012, circa la valutazione dei rischi e la sicurezza delle macchine.

Sicurezza in edilizia: è stata monitorata e valutata, tramite specifici indicatori e differenti modelli di studio, l'attività degli SPreSAL piemontesi nel comparto edile, al fine di migliorare progressivamente le indicazioni contenute nel Piano regionale di prevenzione in edilizia 2010-2012 e di misurarne l'efficacia. È stato realizzato il sistema informativo per la vigilanza nei cantieri edili da parte degli SPreSAL.

#### **Prevenzione infortuni in ambito domestico**

In 6 ASL sono stati attivati gruppi di cammino per la popolazione anziana. In 9 ASL sono state diffuse in varie forme (MMG, operatori sanitari, pieghevoli, incontri con la popolazione) le informazioni sui benefici dell'attività fisica.

Sono stati monitorati gli incidenti domestici attraverso i dati dei Pronto soccorso piemontesi nel periodo 2008-2010 ed è stato realizzato un report.

È stato distribuito un pacchetto didattico per la scuola dell'infanzia di supporto agli insegnanti nell'introdurre i temi della sicurezza in 12 ASL. Il 50% delle ASL aderenti al progetto ha attuato un percorso di formazione coinvolgendo 200 insegnanti. Hanno partecipato al progetto (per l'anno scolastico 2011/2012) 260 scuole (15,5% delle scuole della Regione).

#### **Prevenzione degli incidenti stradali**

È stato sviluppato un sistema di sorveglianza integrata finalizzato a descrivere efficacemente la distribuzione territoriale, l'evoluzione temporale, l'impatto sanitario dell'incidentalità stradale. Il progetto prevedeva il recupero delle fonti informative correnti utili alla stima di indicatori di impatto sulla salute degli incidenti stradali: nel corso del 2011 sono stati acquisiti i dati ISTAT di incidentalità 2009 e 2010, le SDO del 2009, le prestazioni di pronto soccorso 2009, i dati INAIL relativi agli infortuni sul lavoro del 2009; la valutazione di affidabilità degli indicatori ricavabili utili alla valutazione di interventi ha riguardato: tassi di mortalità, anni di vita persi, tassi di incidenza di feriti.

Moltiplicatori dell'azione preventiva: il 30% dei "moltiplicatori" formati hanno attivato interventi in contesti educativo-formativi e del divertimento rivolti ai giovani di 14-29 anni; i giovani che dichiarano di aver acquisito competenze per guida responsabile, tra quelli coinvolti dagli interventi, sono l'88,7% nelle scuole secondarie di I grado e l'89,6% nelle scuole secondarie di II grado.

#### **Diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon-retto mediante programmi di screening**

Screening mammografico: copertura da inviti 75,6% per le donne di 50-69 anni; 52% per le donne di 45 anni.

Screening cervico-vaginale: copertura da inviti 86,2% per le donne di 25-64 anni.

Screening colo-rettale: copertura da inviti per sigmoidoscopia 86,6%; copertura per FOBT 73,3%.

#### *Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia*

Valutazione dell'efficacia di forme associative innovative nella medicina di famiglia nella riduzione di eventi avversi e nei costi: nelle ASL partecipanti sono stati definiti gli indicatori relativi alle aree Dimissioni ospedaliere, Prescrizioni farmaceutiche, Accessi al pronto soccorso e Prestazioni specialistiche ambulatoriali, con particolare attenzione all'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e all'efficienza prescrittiva, consentendo di calcolare, per le diverse forme associative dei MMG, i tassi di ricovero per le principali patologie croniche, stimare la prevalenza di assistiti con diabete e calcolare, per gli anni 2008-2010, indicatori di uso dei servizi.

Sistema di sorveglianza della popolazione anziana, in particolare con disabilità (PASSI d'Argento): i risultati della sperimentazione 2010 sono stati resi disponibili ai vari portatori d'interesse al fine di promuovere la messa a regime di PASSI d'Argento nel 2012, in linea con il programma nazionale.

## **Linea Progettuale 13 Piano Nazionale della Prevenzione**

### **Denominazione Progetto**

***Programma regionale di screening dei tumori del colonretto "Prevenzione serena".  
Attuazione delle prestazioni, della formazione del personale e delle campagne di comunicazione.***

#### Prevenzione Secondaria dei Tumori

L'attività di prevenzione erogata attraverso programmi di screening organizzati, è da tempo prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza. In Piemonte la DGR 111-3632 del 02-08-2006 ha riorganizzato il programma già attivo ed ha previsto, tra l'altro, il confluire dell'attività di prevenzione secondaria oncologica (screening) nel programma organizzato "Prevenzione Serena", in ragione della qualità del percorso preventivo e diagnostico che con questo programma viene offerto all'utenza.

La connotazione Dipartimentale e l'evoluzione con il nuovo assetto ospedaliero.

L'attività del programma di screening è stata fin dall'inizio basata, secondo una logica di ottimizzazione delle risorse e di standard di qualità, su una connotazione organizzativa Dipartimentale sostanzialmente analoga e abbastanza sovrapponibile a quella dell'assetto territoriale delle ASL Piemontesi dopo l'accorpamento del 2008.

Alla luce della recente riorganizzazione amministrativa lo screening organizzato ben corrisponde a vari punti della DGR 51-1358 del 29.12.2010. Certamente è perseguita con determinazione dal programma di screening la ricerca di equità nell'accessibilità ai servizi sanitari, sia perché lo screening organizzato invita residenti o domiciliati con scelta del MMG, con invito attivo, cioè con lettera del MMG, al momento opportuno per sottoporsi a screening, sia perché anche in assenza di lettera di invito si può accedere in uno dei centri di Prevenzione Serena per eseguire l'esame quando è il momento.

Esiste quindi la possibilità del cittadino di scegliere dove sottoporsi a screening, che è un altro dei punti fondamentali della citata DGR.

Per offrire la massima "centralità" del cittadino l'impegno deve essere quello di garantire la massima qualità al minor costo. La ricerca del livello ottimale di appropriatezza nella modalità e nella tipologia di prestazioni erogate va proprio in questa direzione.

Questo significa ridurre duplicazioni di prestazioni e soprattutto indagini talvolta inutili, di non dimostrata efficacia, se non addirittura in contrasto con raccomandazioni nazionali o internazionali.

A questo proposito vale la pena di ricordare che in Italia esiste una attività di prevenzione organizzata attraverso i programmi di screening ma, contestualmente è diffuso il ricorso alla prevenzione oncologica con i test di screening al di fuori dei programmi organizzati. Questo avviene per iniziativa spontanea dell'interessato o di chi per lui è mediatore della domanda di salute, cioè il medico di medicina generale, ma anche gli specialisti pubblici e privati.

Gli stessi test di screening possono infatti essere anche prescritti per motivi diagnostici o per altri motivi e sono presenti nel nomenclatore della diagnostica strumentale.

La situazione di "doppio regime" che si viene in questo modo a creare, è stata contrastata dalla DGR 111-3632 del 02-08-2006, che richiedeva che le attività di prevenzione secondaria oncologica rientrassero nei programmi di screening organizzato, lasciando, di conseguenza, libere le corsie d'accesso alle stesse prestazioni richieste per motivi diversi dallo screening oncologico sul canale della specialistica ambulatoriale.

L'assetto organizzativo Dipartimentale dello screening ha visto finora il coinvolgimento di molte ASO o di strutture ospedaliere facenti parte delle ASL. Occorre quindi fare in modo che diagnosi inclusa, come pacchetto di prestazioni, contenendo i costi e assicurando la continuità assistenziale.

L'organizzazione Dipartimentale ha assicurato l'approvvigionamento delle prestazioni necessarie e del rispetto dei livelli di qualità richiesti e documentati.

Il nuovo disegno che crea le nuove Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie, autonome rispetto alle ASL, ben si adatta, in generale, con la riorganizzazione delle aziende ospedaliere e territoriali, a parte la provincia di Torino. I Dipartimenti di screening (DIPST) si sovrappongono, come popolazione servita, alle aziende territoriali nel cui territorio si trovano i gruppi di ospedali (hub). Agli ospedali dell'hub di Cuneo afferiscono le aziende di Cuneo ed Alba che sono nel Dipartimento di screening della provincia di Cuneo. Analogamente è previsto dalla DGR 111 l'accorpamento del dipartimento di screening di Asti e Alessandria che si sovrappone all'hub ospedaliero di Alessandria cui afferiscono le aziende territoriali delle 2 province. L'Hub di Novara comprende 2 dipartimenti di screening (Biella-Vercelli e Novara –VBC) cui fanno riferimento le relative Aziende Territoriali.

Più complessa è la situazione della provincia di Torino in cui la sovrapposizione tra Aziende territoriali e Dipartimenti di screening è conservata mentre alcune Aziende territoriali faranno riferimento ad hub ospedalieri con presidi i cui bacini di utenza sono fuori del territorio.

Ad esempio, il Dipartimento di Screening di Torino, è stato finora composto da ASLTO1, ASLTO2, AOU San Giovanni Battista di Torino, ASO OIRM S. Anna e ASO Ordine Mauriziano.

Il nuovo gruppo ospedaliero comprende ora AOU San Giovanni Battista di Torino - S. Anna – CTO/M. Adelaide ma dovrebbe comprendere anche i presidi ospedalieri di Chieri, Moncalieri e Carmagnola, che attualmente corrispondono al territorio dell'ex ASLTO5 e del Dipartimento 2. Il Dipartimento 2 si avvarrebbe per screening di ospedali sia presenti nel proprio territorio che fuori.

La Azienda di Ivrea avrebbe come erogatore di prestazioni il S. G. Bosco, (prima afferente all'ASLTO2) ora Azienda Ospedaliera a sé stante cui afferiscono tutti gli Ospedali del Dipartimento 4. Di conseguenza anche il Dipartimento 1 di Torino avrebbe alcune prestazioni di screening erogate dal S.G. Bosco cui afferisce il Dipartimento 4 di Ivrea.

Pertanto, pare importante confermare nelle logiche gestionali la attuale libertà dell'assistito di decidere dove accedere alle prestazioni di screening, e di non vincolare le prestazioni di 1° e 2° livello erogate dagli ospedali (praticamente tutte meno il prelievo per il pap test) a criteri di corrispondenza tra territorio dell'hub e territorio della Azienda sanitaria di residenza.

In secondo luogo sembrano rilevanti logiche gestionali relativamente alle prestazioni, connesse agli screening dei tumori, ispirate ad obiettivi di appropriatezza, economia di scala e qualità.

Le azioni da intraprendere o da consolidare sono relative alla:

centralizzazione di attività connesse al laboratorio e alla patologia clinica (centri unificati di citologia e per il test HPV, centri per la determinazione del sangue occulto nelle feci) anche tra più hub ospedalieri

centralizzazione della refertazione mammografica con trasmissione a distanza di immagini digitali per volumi di doppia lettura di 50.000-70.000 esami-anno per cluster di centri di effettuazione dello screening mammografico anche tra diversi hub ospedalieri  
integrazione del trattamento del piano di riconversione delle prestazione ambulatoriali di "prevenzione nel programma di Prevenzione Serena" in applicazione della DGR 111

applicazione del piano di riconversione delle prestazione ambulatoriali di "prevenzione nel programma di Prevenzione Serena" in applicazione della DGR 111

## **Linea Progettuale 13**

### **Piano nazionale della prevenzione**

#### **Denominazione Progetto**

***Programma regionale di screening del carcinoma della mammella e dei tumori del collo dell'utero, "Prevenzione serena". Attuazione delle prestazioni, della formazione del personale e delle campagne di comunicazione.***

#### Prevenzione Secondaria dei Tumori

L'attività di prevenzione erogata attraverso programmi di screening organizzati, è da tempo prevista nei Livelli Essenziali di Assistenza. In Piemonte la DGR 111-3632 del 02-08-2006 ha riorganizzato il programma già attivo ed ha previsto, tra l'altro, il confluire dell'attività di prevenzione secondaria oncologica (screening) nel programma organizzato "Prevenzione Serena", in ragione della qualità del percorso preventivo e diagnostico che con questo programma viene offerto all'utenza.

La connotazione Dipartimentale e l'evoluzione con il nuovo assetto ospedaliero.

L'attività del programma di screening è stata fin dall'inizio basata, secondo una logica di ottimizzazione delle risorse e di standard di qualità, su una connotazione organizzativa Dipartimentale sostanzialmente analoga e abbastanza sovrapponibile a quella dell'assetto territoriale delle ASL Piemontesi dopo l'accorpamento del 2008.

Alla luce della recente riorganizzazione amministrativa lo screening organizzato ben corrisponde a vari punti della DGR 51-1358 del 29.12.2010. Certamente è perseguita con determinazione dal programma di screening la ricerca di equità nell'accessibilità ai servizi sanitari, sia perché lo screening organizzato invita residenti o domiciliati con scelta del MMG, con invito attivo, cioè con lettera del MMG, al momento opportuno per sottoporsi a screening, sia perché anche in assenza di lettera di invito si può accedere in uno dei centri di Prevenzione Serena per eseguire l'esame quando è il momento.

Esiste quindi la possibilità del cittadino di scegliere dove sottoporsi a screening, che è un altro dei punti fondamentali della citata DGR.

Per offrire la massima "centralità" del cittadino l'impegno deve essere quello di garantire la massima qualità al minor costo. La ricerca del livello ottimale di appropriatezza nella modalità e nella tipologia di prestazioni erogate va proprio in questa direzione.

Questo significa ridurre duplicazioni di prestazioni e soprattutto indagini talvolta inutili, di non dimostrata efficacia, se non addirittura in contrasto con raccomandazioni nazionali o internazionali.

A questo proposito vale la pena di ricordare che in Italia esiste una attività di prevenzione organizzata attraverso i programmi di screening ma, contestualmente è diffuso il ricorso alla prevenzione oncologica con i test di screening al di fuori dei programmi organizzati. Questo avviene per iniziativa spontanea dell'interessato o di chi per lui è mediatore della domanda di salute, cioè il medico di medicina generale, ma anche gli specialisti pubblici e privati.

Gli stessi test di screening possono infatti essere anche prescritti per motivi diagnostici o per altri motivi e sono presenti nel nomenclatore della diagnostica strumentale.

La situazione di "doppio regime" che si viene in questo modo a creare, è stata contrastata dalla DGR 111-3632 del 02-08-2006, che richiedeva che le attività di prevenzione secondaria oncologica rientrassero nei programmi di screening organizzato, lasciando, di conseguenza, libere le corsie d'accesso alle stesse prestazioni richieste per motivi diversi dallo screening oncologico sul canale della specialistica ambulatoriale.

L'assetto organizzativo Dipartimentale dello screening ha visto finora il coinvolgimento di molte ASO o di strutture ospedaliere facenti parte delle ASL. Occorre quindi fare in modo che l'individuazione di poli ospedalieri si integri in modo efficiente con il sistema screening.

Negli assetti dipartimentali degli screening è infatti stabilita la presenza delle Aziende Ospedaliere o di ospedali che comunque concorrono alla realizzazione delle prestazioni nell'ambito del processo di screening.

L'organizzazione in Dipartimento Interaziendale ha permesso di raggiungere tutta la popolazione target, di assicurare l'effettuazione dei percorsi diagnostici e terapeutici stabiliti, strutturando i rapporti tra tutte le Aziende Sanitarie che compongono il dipartimento.

Le "tariffe" degli screening oncologici includono i costi di tutte le fasi del percorso di screening, diagnosi inclusa, come pacchetto di prestazioni, contenendo i costi e assicurando la continuità assistenziale.

L'organizzazione Dipartimentale ha assicurato l'approvvigionamento delle prestazioni necessarie e del rispetto dei livelli di qualità richiesti e documentati.

Il nuovo disegno che crea le nuove Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie, autonome rispetto alle ASL, ben si adatta, in generale, con la riorganizzazione delle aziende ospedaliere e territoriali, a parte la provincia di Torino. I Dipartimenti di screening (DIPST) si sovrappongono, come popolazione servita, alle aziende territoriali nel cui territorio si trovano i gruppi di ospedali (hub). Agli ospedali dell'hub di Cuneo afferiscono le aziende di Cuneo ed Alba che sono nel Dipartimento di screening della provincia di Cuneo. Analogamente è previsto dalla DGR 111 l'accorpamento del dipartimento di screening di Asti e Alessandria che si sovrappone all'hub ospedaliero di Alessandria cui afferiscono le aziende territoriali delle 2 province. L'Hub di Novara comprende 2 dipartimenti di screening (Biella-Vercelli e Novara –VBC) cui fanno riferimento le relative Aziende Territoriali.

Più complessa è la situazione della provincia di Torino in cui la sovrapposizione tra Aziende territoriali e Dipartimenti di screening è conservata mentre alcune Aziende territoriali faranno riferimento ad hub ospedalieri con presidi i cui bacini di utenza sono fuori del territorio.

Ad esempio, il Dipartimento di Screening di Torino, è stato finora composto da ASLTO1, ASLTO2, AOU San Giovanni Battista di Torino, ASO OIRM S. Anna e ASO Ordine Mauriziano.

Il nuovo gruppo ospedaliero comprende ora AOU San Giovanni Battista di Torino - S. Anna – CTO/M. Adelaide ma dovrebbe comprendere anche i presidi ospedalieri di Chieri, Moncalieri e Carmagnola, che attualmente corrispondono al territorio dell'ex ASLTO5 e del Dipartimento 2. Il Dipartimento 2 si avvarrebbe per screening di ospedali sia presenti nel proprio territorio che fuori.

La Azienda di Ivrea avrebbe come erogatore di prestazioni il S. G. Bosco, (prima afferente all'ASLTO2) ora Azienda Ospedaliera a sé stante cui afferiscono tutti gli Ospedali del Dipartimento 4. Di conseguenza anche il Dipartimento 1 di Torino avrebbe alcune prestazioni di screening erogate dal S.G. Bosco cui afferisce il Dipartimento 4 di Ivrea.

Pertanto, pare importante confermare nelle logiche gestionali la attuale libertà dell'assistito di decidere dove accedere alle prestazioni di screening, e di non vincolare le prestazioni di 1° e 2° livello erogate dagli ospedali (praticamente tutte meno il prelievo per il pap test) a criteri di corrispondenza tra territorio dell'hub e territorio della Azienda sanitaria di residenza.

In secondo luogo sembrano rilevanti logiche gestionali relativamente alle prestazioni, connesse agli screening dei tumori, ispirate ad obiettivi di appropriatezza, economia di scala e qualità.