

Deliberazione della Giunta Regionale 23 novembre 2015, n. 64-2497

Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 30/07/2015, relativo all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2014, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis della L. 23/12/96 n. 662 e s.m.i.. Approvazione delle schede di progetto relative alle risorse vincolate per l'anno 2014 assegnate con DGR 38/2014 e rendicontazione dei progetti anno 2013.

A relazione dell'Assessore Saitta:

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

visto lo Statuto della Regione Piemonte;

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

vista la DGR del 22 dicembre 2014, n. 38-812 relativa al riparto delle risorse finanziarie di parte corrente per il SSR 2014, e la successiva rimodulazione disposta con la DGR n.16-1310 del 13/04/2015;

vista la DGR n. 25 - 699 del 30 dicembre 2013 concernente l'approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015 finalizzati a rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria recependo altresì le criticità e le valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano medesimo;

vista la DGR n. 24 - 1419 dell'11 maggio 2015 con la quale si è provveduto a modificare l'Azione 10.1.4 dei programmi Operativi 2013 - 2015 già approvati con la DGR n. 25 - 699 del 30 dicembre 2013; e la conseguente DGR n. 36 - 1483 del 25 maggio 2015 di approvazione dei tetti di spesa per il personale delle ASR;

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

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

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

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

visto l’Accordo, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali sul documento “Linee di indirizzo per l’assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza” (Rep. N. 44/CU del 5 maggio 2011);

vista l’Intesa, ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anni 2011-2013” (Rep. 21/CSR del 10 febbraio 2011);

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

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

vista l’Intesa, ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2018” (Rep. 144/CSR del 30 ottobre 2014);

vista l’Intesa, ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il “Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018” (Rep. 15/CSR del 13 novembre 2014);

vista l’Intesa Rep. Atti n. 172/CSR del 4 dicembre 2014 sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l’anno 2014;

vista la nota trasmessa dal Ministero della Salute DGPROGS 0027931-P-30/09/2015 avente ad oggetto “Accordo Stato Regioni 30 luglio 2015 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l’anno 2014”;

preso pertanto atto che con l’Accordo del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR), per l’anno 2014 le linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell’articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati A e B del sopracitato accordo;

considerato che, in virtù dell’attuale assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali implementate per l’anno 2014 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali

Allegato A (Accordo del 30 luglio 2015)	Importo Assegnato con il presente provvedimento	Settori regionali competenti
1 Attività di assistenza primaria Programmazione dei servizi territoriali	40.860.815,1	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all’interno dei percorsi assistenziali Programmazione dei servizi territoriali	26.532.955,0	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
3 Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell’assistenza domiciliare palliativa specialistica Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.	8.203.092,0	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA
4 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening	19.687.471,0	A1401A - PREVENZIONE E VETERINARIA
5 Gestione della cronicità Modelli avanzati di gestione delle malattie Croniche Programmazione dei servizi territoriali. Rete Ospedaliera.	12.377.683,0	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
6 Reti oncologiche Rete Ospedaliera	8.358.543,0	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA
TOTALE COMPLESSIVO	116.020.559,1	

Considerato che le linee progettuali da realizzare nell’esercizio 2014, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati ed all’accordo del 30 luglio 2015, sono stati assegnati agli Enti del SSR con la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014;

precisato che, in attuazione alla DGR 38-812 del 22/12/2014, si è provveduto ad accertare ed impegnare nei capitoli del bilancio regionale l'importo di euro 116.020.559,10 quale quota del Fondo sanitario nazionale vincolata alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, che è stata ripartita agli Enti del SSR secondo la tabella seguente:

	Progetti di PSN - Anno 2014 (L 662/96)
000 GSA	0
ASL 201 - TO1	11.267.946
ASL 202 - TO2	11.689.331
ASL 203 - TO3	14.505.760
ASL 204 - TO4	12.868.304
ASL 205 - TO5	7.685.404
ASL 206 - VC	4.414.997
ASL 207 - BI	4.094.386
ASL 208 - NO	8.562.183
ASL 209 - VCO	3.998.707
ASL 210 - CN1	10.376.442
ASL 211 - CN2	3.918.242
ASL 212 - AT	4.820.995
ASL 213 - AL	11.335.290
Aso 904 - S.Luigi	634.697
Aso 905 - NO	-
Aso 906 - CN	5.000
Aso 907 - AL	639.697
Aso 908 - Mauriziano	- 5.000
ASO 909 - Città della Salute	5.198.180
Tot Complessivo	<u>116.020.559</u>

Considerato che il presente provvedimento, ai sensi del punto 4 del sopracitato accordo del 30 luglio 2015 (Rep. Atti n. 126/CSR), contiene anche una specifica relazione che illustra i risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali;

preso atto che nell'ambito del progetto "Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria" per la linea progettuale 1 declinato nella DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014 per l'esercizio 2013 è stata sostenuta una spesa superiore a euro 21.000.000,00; mentre non sono stati attivati dalle Aziende del SSR e dalla Regione i progetti declinati per la linea progettuale 1 in coerenza tra l'altro agli obiettivi dei Programmi Operativi approvati;

tenuto conto che la DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014 disponeva, tra l'altro, la possibilità di rimodulare le percentuali delle risorse assegnate nei singoli progetti di ciascuna linea progettuale mediante l'adozione di opportuna deliberazione;

ritenuto con la presente deliberazione di rimodulare le risorse assegnate alla linea progettuale 1 “Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi”, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati ed alla spesa sostenuta nell’esercizio 2013 dagli Enti del SSR, come di seguito riportato:

Linea progettuale 1

Titolo Progetti	Importo Assegnato alla Linea Progettuale 1 con DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014	Rimodulazione disposta con la presente deliberazione	Importo Assegnato alla Linea Progettuale 1 del 2013 con la presente deliberazione
	A	B	C=A+B
Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell’assistenza primaria	7.680.473,00	12.949.000,00	20.629.473,00
La farmacia di servizi e il suo orientamento a obiettivi di comunità	8.610.000,00	-8.610.000,00	0
Il pronto soccorso e la farmacia di comunità: la presa in carico del paziente fragile	4.339.000,00	-4.339.000,00	0
TOTALE LINEA 1 – Anno 2013	20.629.473,00	0	20.629.473,00

Tenuto conto della necessità che le aziende rientranti nel perimetro di consolidamento del S.S.R. conseguano un risultato di sostanziale pareggio anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante “*Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale*” e la legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all’art. 9;

ribadito che le aziende sanitarie richiamate nel presente atto, hanno considerato, ai fini della predisposizione ed adozione del bilancio d’esercizio 2014, della ripartizione determinata la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014, quale quota di fondo vincolato per la realizzazione degli Obiettivi di Piano 2014;

viste le schede predisposte per ciascuna linea progettuale, coerenti le assegnazioni della DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014, contenenti tra l’altro:

- gli obiettivi qualitativi e quantitativi da conseguire;
- i tempi entro i quali tali obiettivi si intendono raggiungibili;
- i costi connessi per l’esercizio 2014;
- gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell’intervento proposto;
- la ripartizione della quota per aziende beneficiarie.

Preso atto delle schede relative a ciascuna linea progettuale, che costituiscono il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate anno 2014, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (Allegato 1 – Piano regionale di utilizzo risorse vincolate anno 2014); preso atto del riepilogo della ripartizione della quota di fondo vincolato per linea progettuale e per Azienda beneficiaria, relativo all’anno 2014, riportato nel prospetto di cui all’Allegato 2 del

presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale (Allegato 2 – Prospetto riepilogativo riparto fondo anno 2014);

preso atto della relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, allegata al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale (Allegato 3);

considerato che, al fine di predisporre la relazione illustrativa dei risultati raggiunti nel corso dell'anno 2014, di cui all'art.1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come novellato dall'art. 79, comma 1 quater della legge 6 agosto 2008 n. 133, è necessario acquisire la rendicontazione dei costi sostenuti e la relazione sull'attività svolta nell'anno 2014 da parte delle aziende destinatarie del finanziamento, entro il 31 dicembre 2015, in attuazione anche con quanto disposto con la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014;

ribadito ai fini della rendicontazione di cui al punto precedente, che le risorse vincolate assegnate con la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014 potevano essere utilizzate per l'esercizio 2014 non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del Patto della salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea ed in coerenza ai programmi operativi approvati;

preso atto che, in conformità a quanto previsto dall'articolo 29 comma e) del D. Lgs. 23 giugno 2011, n.118 e dalla DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014, le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell'esercizio 2014, sono accantonate (conto NSIS "BA2780") in un apposito fondo spese (conto NSIS "PBA160") per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo, fermo restando l'obbligo di rendicontazione – da parte dei destinatari del finanziamento – delle somme impiegate negli anni successivi;

tutto ciò premesso e considerato;

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

delibera

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. atti n. 126/CSR del 30 luglio 2015, con il quale sono state definite, per l'anno 2014, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014;
- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2014, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale coerente con quanto assegnato agli Enti del SSR con la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014 (Allegato 1 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2014);

- di prendere atto che le risorse indicate in ciascuna scheda, allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, sono state assegnate agli Enti del SSR con la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014 (Allegato 2 – Prospetti riepilogativo riparto fondo anno 2014);

- di rimodulare le risorse assegnate alla linea progettuale 1 “Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi” di cui alla DGR n. 17/7578 del 12 maggio 2014, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati ed alla spesa sostenuta nell’esercizio 2013 dagli Enti del SSR, come di seguito riportato:

Linea progettuale 1

Titolo Progetti	Importo Assegnato alla Linea Progettuale 1 con DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014	Rimodulazione disposta con la presente deliberazione	Importo Assegnato alla Linea Progettuale 1 del 2013 con la presente deliberazione
	A	B	C=A+B
Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell’assistenza primaria	7.680.473,00	12.949.000,00	20.629.473,00
La farmacia di servizi e il suo orientamento a obiettivi di comunità	8.610.000,00	-8.610.000,00	0
Il pronto soccorso e la farmacia di comunità: la presa in carico del paziente fragile	4.339.000,00	-4.339.000,00	0
TOTALE LINEA 1 – Anno 2013	20.629.473,00	0	20.629.473,00

- di approvare la relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell’anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, allegata al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale (Allegato 3 – Relazione illustrativa dei risultati raggiunti nel Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l’anno 2013);

- di stabilire che gli Enti del SSR di cui all’Allegato 2 del presente provvedimento, destinatari della quota di fondo vincolato, trasmettano ai settori regionali competenti così come indicati nell’Allegato 1, la rendicontazione dei costi sostenuti e contabilizzati nel bilancio d’esercizio 2014 per lo svolgimento delle attività relative alle linee progettuali e la relazione sull’attività svolta nel 2014, entro il 31 dicembre 2015.

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

Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2014
LINEA PROGETTUALE 1. ATTIVITÀ DI ASSISTENZA PRIMARIA

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1.Attività di assistenza primaria
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria
DURATA DEL PROGETTO	2014 (12 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€40.860.815,1
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€40.860.815,1
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	€0

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>1. <u>Contesto normativo</u> Il progetto si colloca nell'ambito nel seguente contesto normativo nazionale e regionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L. n. 189 dell' 8.9.2012, art. 1; - Accordo Stato-Regioni del 7.2.2013 avente ad oggetto "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza"

	<p>urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 29.7.2009 e Piattaforma SISAC per il rinnovo dell’ACN MMG,PDLS, SAI (bozza Aprile 2014) - L. n. 135 del 7.8.2012, art.15; - L.R. n. 167-14087 del 3.4.2012 (P.S.S.R. 2012-2015) ; - Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014, Patto per la Salute per gli anni 2014-2016; - Regolamento 5.8.2014 “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”, recepito con Decreto n. 70 del 2.4.2015; - D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012, linee guida per la sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria (di seguito: CAP), in attuazione dell’Addendum al Piano regionale di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i.; - D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 di approvazione dei Programmi Operativi 2013-2015, con specifico riferimento al Programma 14, Intervento 14.3-Assistenza primaria; - D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.,”Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee d’indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale“ <p>2. <u>Contesto organizzativo regionale.</u></p> <p>Per quanto attiene alla medicina generale, le forme associative disciplinate dal vigente AIR di cui alla D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006 e s.m.i. , articolate nelle tipologie medicina in associazione, medicina di gruppo e medicina in rete, coinvolgono a livello regionale circa l’82% dei MMG, ai quali fa capo l’86,5% del totale degli assistiti (PDLS: circa il 60% ai quali fa capo il 62% degli assistiti).</p> <p>In particolare, la progressiva tendenza alla contrazione dell’associazionismo semplice verso le altre tipologie associative, manifestatasi a partire dal 2009, ha evidenziato la necessità di definire un percorso di superamento di tale forma associativa. Inoltre la sperimentazione regionale relativa ai Gruppi di Cure Primarie (GCP.) avviata nel 2009 ha comportato un implemento dell’associazionismo nella tipologia Medicina di Gruppo in cui sono confluiti gran parte degli ex GPC una volta conclusa la sperimentazione il 31.12.2011.</p> <p>Le 232 equipe territoriali coinvolgono il 98% del totale dei MMG: nell’ambito dei Programmi Operativi regionali di cui alla D.G.R. n. 25-6992/2013, Programma 14, Azione 14.3.1, è prevista la riconsiderazione del ruolo e della connotazione di tali forme associative, riorientandole in direzione delle nuove forme organizzative monoprofessionali AFT, <i>“come contesto del governo clinico e del coordinamento dell’assistenza primaria sul territorio con attribuzione di precisi obiettivi quantificabili e misurabili a cui commisurare, solo se raggiunti, i relativi compensi incentivanti”</i>.</p> <p>Le forme organizzative multiprofessionali attualmente operative, a livello sperimentale, sul territorio regionale sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ i CAP avviati sulla base delle linee guida di cui alla sopra richiamata D.G.R. n. 26-3627/2012, così dislocati: <ul style="list-style-type: none"> ○ A.S.L. To3, Distretto di Susa, CAP Avigliana, c/o ex presidio ospedaliero ○ A.S.L. To4, Distretto di Cuornè, CAP Castellamonte, c/o ex presidio ospedaliero ○ A.S.L. VC, Distretto di Vercelli, CAP Santhià, c/o ex presidio sanitario polifunzionale ○ A.S.L. NO, Distretto di Arona, CAP Arona, c/o ex presidio ospedaliero ○ A.S.L. AL, Distretto di Valenza, CAP Valenza, c/o ex
--	--

	<p>presidio ospedaliero;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le Case della Salute ed ex GCP avviati nell'ambito della sperimentazione regionale di cui alla D.G.R. n.57-10097 del 17.11.2008 e conclusasi il 31.12.2011, oppure a livello aziendale: nelle maggior parte dei casi l'attività di tale forme organizzative è proseguita nella configurazione di medicina di gruppo garantendo, nella stessa sede, l'integrazione con le attività infermieristiche, diagnostiche e specialistiche, nonché con le aree socio-sanitarie della domiciliarità e residenzialità; ▪ gli Ospedali di Comunità, in fase di sperimentazione, con sede in Varallo (ASL VC) e Demonte (ASL CN1), finalizzati ad evitare i ricoveri ospedalieri impropri ed a promuovere i percorsi di deospedalizzazione; <p>il progetto di sperimentazione avviato sul territorio del Verbano-Cusio-Ossola (ASL VCO), finalizzato a potenziare l'assistenza territoriale sul territorio montano, anche tramite l'interazione fra il sistema di emergenza e la medicina di territorio.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto, il cui sviluppo si estende nell'arco del triennio di attuazione del suddetto Programma Operativo regionale (2013-2015), è posto in essere attraverso la definizione e la progressiva realizzazione di un modello organizzativo dell'assistenza territoriale fondato sulla valorizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del <u>ruolo del distretto sanitario</u>, quale articolazione aziendale per il governo della domanda a fronte del bisogno espresso dal territorio e garante dell'unitarietà gestionale dei servizi sanitari in ciascun ambito territoriale dell'ASL; - del <u>ruolo del sistema delle cure primarie</u>, finalizzato a garantire la continuità delle cure attraverso la presenza capillare sul territorio distrettuale, il rapporto diretto con la popolazione e la funzione di filtro, integrazione e coordinamento rispetto alla risposta specialistica ed ospedaliera. <p>Il progetto si articola, nell'anno 2014, attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proseguimento e monitoraggio della sperimentazione regionale dei CAP, come avviata e descritta nel progetto proposto nell'anno 2013 e individuazione del percorso per la loro riconversione nelle nuove forme organizzative multiprofessionali (UCCP) disciplinate dalla vigente normativa nazionale; - definizione di un modello organizzativo per il riordino delle forme organizzative delle Cure primarie attualmente presenti sul territorio regionale, che ne disciplini l'evoluzione, in forma capillarmente diffusa sul territorio regionale, verso la rete UCCP-AFT come delineata dalla vigente normativa nazionale. Tale rete, governata dal distretto ed operante nell'ambito della programmazione territoriale-distrettuale (PAT), è destinata ad assorbire ed a sostituire tutte le preesistenti forme associative delle cure primarie, sia monoprofessionali (associazioni, gruppi e reti, équipes territoriali) che multiprofessionali (CAP; Case della Salute, ex G.C.P., ecc.), con il medesimo impiego di risorse già a tal fine destinate. <p>Ai fini della definizione di un modello organizzativo il più possibile adeguato alla realtà territoriale piemontese e alle specificità delle singole aree, con D.D. n. 959 del 18.11.2014 è stato istituito un gruppo di lavoro sul rilancio della rete territoriale, rappresentativo delle diverse realtà distrettuali ed aree professionali.</p> <p>Tale modello organizzativo, da definirsi entro il 30.6.2015 come previsto dalla sopra richiamata D.G.R. n. 1-600 /2014, Allegato 1, punto 4, è destinato a rappresentare il tendenziale riferimento per la definizione della piattaforma relativa ai nuovi AIR per la medicina convenzionata, da adottarsi successivamente alla stipula dei nuovi</p>

<p>OBIETTIVI</p>	<p>ACN , come previsti dall'art. 1, comma 6 della L. n. 189/2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere una medicina di territorio sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, considerata la funzione centrale delle cure primarie quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale; una medicina di territorio che abbia la stessa autorevolezza dell'ospedale ed in cui il medico di famiglia diventa protagonista in una continuità assistenziale, che deve tradursi in risposte sanitarie e socio-sanitarie non solo efficienti, efficaci e appropriate ma anche e soprattutto complete, coordinate ed integrate. - Incentivare il riequilibrio fra la "sanità d'attesa", improntata sulla gestione delle 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: <ul style="list-style-type: none"> o dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti, o delle iniziative di promozione ed educazione alla salute. <p>Tali obiettivi presuppongono l'identificazione e la progressiva realizzazione di un modello organizzativo di riordino delle cure primarie finalizzato a garantire un'appropriata presa in carico e gestione territoriale delle cronicità.</p> <p>Il nuovo modello deve fondarsi sull'integrazione monoprofessionale e multiprofessionale, prevedendo il graduale superamento dell'assistenza primaria erogata dallo studio individuale del medico in favore di forme sempre più aggregate e coordinate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini che non necessitano di interventi ospedalieri e/o del sistema di emergenza/urgenza.</p> <p>Operando nell'area delle cure primarie, il modello organizzativo è quindi destinato ad intercettare quelle situazioni che presentano problematiche risolubili in forma più appropriata a livello ambulatoriale, tramite la rete UCCP/AFT adeguatamente coordinata con la rete specialistica aziendale.</p> <p>Il modello deve infine prevedere le modalità di collegamento operativo e di interfaccia fra le cure primarie e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le altre realtà produttive aziendali, quali l'area specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, l'area socio-sanitaria e l'area dell'assistenza farmaceutica /integrative/ protesica territoriale; - il sistema di emergenza/urgenza, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione della cartella sanitaria del paziente.
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>2014</p> <p><u>entro 30.9.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio 1° fase di sperimentazione CAP e ricognizione forme organizzative dell'assistenza primaria esistenti sul territorio; - completamento della fase sperimentale con l'attivazione dei restanti progetti CAP ammessi alla sperimentazione; - ricognizione da parte delle ASL delle strutture territoriali/poliambulatoriali di idonee dimensioni esistenti sui rispettivi territori e riconvertibili o riorganizzabili in CAP/UCCP nell'ambito del processo di riordino della rete territoriale <p><u>entro 20.11.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - definizione linee d'indirizzo per il riordino delle cure primarie, nell'ambito del modello regionale di adeguamento della rete ospedaliera e di sviluppo della rete territoriale; - istituzione gruppo di lavoro sul rilancio della rete territoriale, come sopra delineato.
<p>INDICATORI</p>	<p><u>Sperimentazione CAP:</u> si rinvia agli indicatori già riportati nel</p>

(di struttura, di processo, di risultato)	<p>progetto relativo al 2013 (rif. D.D. n. 406 del 14.6.2012).</p> <p><u>Riorganizzazione territoriale dell'assistenza primaria:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ricognizione forme organizzative/associative monoprofessionali esistenti sul territorio/tot. MMG/PDLS; - ricognizione forme organizzative multiprofessionali esistenti per ogni ASL/Distretto e strutture potenzialmente riconvertibili in UCCP
RISULTATI ATTESI	<p>Articolandosi nel triennio 2013-2015, il risultato finale atteso consiste nella definizione ed attuazione del modello di riordino delle cure primarie come sopra descritto.</p> <p>Tale modello deve essere definito nell'ambito di un apposito provvedimento della Giunta Regionale da adottarsi in attuazione del Programma Operativo Regionale e della D.G.R. n. 1-600/2014 (revisione rete ospedaliera e linee d'indirizzo su riordino rete territoriale). Tale provvedimento (rif. D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015) deve prevedere le linee d'indirizzo per il nuovo modello organizzativo delle cure primarie la cui attuazione operativa è peraltro condizionata alla stipula del nuovo ACN come sopra richiamato e successivo AIR.</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro	Importo in euro	TOTALE
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione per CAP	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL	
201	TO 1	0,00	3.931.588,66	3.931.588,66
202	TO 2	0,00	3.461.679,33	3.461.679,33
203	TO 3	1.052.345,97	4.809.516,55	5.861.862,52
204	TO 4	934.850,54	4.270.553,76	5.205.404,30
205	TO 5	0,00	2.542.930,75	2.542.930,75
206	VC	317.429,46	1.430.142,44	1.747.571,90
207	BI	0,00	1.423.987,79	1.423.987,79
208	NO	626.823,52	2.866.816,52	3.493.640,04
209	VCO	0,00	1.409.391,99	1.409.391,99
210	CN 1	755.224,77	3.447.689,98	4.202.914,75
211	CN 2	0,00	1.408.015,17	1.408.015,17
212	AT	0,00	1.701.193,23	1.701.193,23
213	AL	813.325,74	3.657.308,93	4.470.634,67
904	AO San Luigi	0,00	0,00	0,00
905	AO Maggiore	0	0	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00	0,00	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00	0,00	0,00
908	AO Mauriziano	0,00	0,00	0,00
909	AO Città della Salute	0,00	0,00	0,00
TOT		4.500.000,00	36.360.815,10	40.860.815,10

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2 - Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Implementazione della rete di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer e altre demenze
DURATA DEL PROGETTO	2014 (12 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€16.453.578,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€16.453.578,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	€0

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>La Regione Piemonte ha da alcuni anni sviluppato una rete di servizi residenziali e semiresidenziali per anziani colpiti dal morbo di Alzheimer nell'ottica di un approccio mirato a fornire risposte specialistiche ad una patologia che sta assumendo sempre maggiore prevalenza nel contesto delle malattie tipiche della terza età. In Italia la presenza di malati è stimata in circa il 6% degli ultrasessantacinquenni (in aumento rispetto alle precedenti stime). Proprio da queste premesse deriva la considerazione della necessità di una risposta dedicata alla demenza e alla malattia di Alzheimer in particolare che, avviata negli anni precedenti, necessita di un'implementazione in grado di rispondere alla crescente pressione della domanda. Attualmente la rete regionale è incentrata sui seguenti servizi:</p> <p>a) rete di strutture di residenzialità temporanea per malati di Alzheimer e altre demenze con importanti compromissioni delle condizioni psico-fisiche e con gravi disturbi comportamentali;</p> <p>b) rete di strutture di semiresidenzialità per malati di Alzheimer e altre demenze a sostegno dei malati e delle loro famiglie al fine del ritardare l'istituzionalizzazione della persona malata;</p> <p>c) servizi domiciliari per malati di Alzheimer.</p>
DESCRIZIONE	<p>Le due reti residenziale e semiresidenziale rispondono ad esigenze parzialmente differenziate.</p> <p>La prima, quella residenziale incentrata sui Nuclei Alzheimer</p>

	<p>Temporanei, mira a implementare e migliorare la risposta organizzativa che permetta la presa in carico del paziente anche in fase acuta evitando l'ospedalizzazione ritenuta, a livello scientifico, una risposta inadatta a questa tipologia di pazienti. Il NAT si configura, quindi, come una risposta che permetta un'appropriata risposta clinica alla malattia, nonché garantisca una continuità assistenziale alla persona interessata. Al termine del periodo di ricovero, infatti, il malato potrà rientrare al proprio domicilio (con o senza inserimento in struttura semiresidenziale) o in struttura residenziale sulla base di una valutazione socio-sanitaria che definisca un percorso di cura integrato tra servizi sanitari e servizi sociali.</p> <p>La seconda, incentrata sui Centri Diurni Integrati e i Centri Diurni Autonomi, intende migliorare l'area di condivisione con le famiglie/care giver del carico assistenziale del familiare malato, rinviando il più possibile il ricovero e riducendo il carico psicologico di una scelta particolarmente gravosa per i familiari.</p> <p>La struttura semiresidenziale favorisce il mantenimento delle capacità psicofisiche residue conservando il rapporto con il proprio ambiente di vita e il contesto familiare.</p> <p>Al fianco di queste due risposte si intende sostenere le famiglie/care giver anche con interventi domiciliari che permettano una precoce presa in carico della persona malata al fine di ritardare il decadimento psicofisico, il mantenimento della dignità e dei legami affettivi della persona malata.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo qualitativo Miglioramento dell'appropriatezza della risposta attraverso strutture appositamente dedicate a quest'area, valorizzazione delle competenze specifiche. Riduzione delle liste di attese relative ai servizi dedicati con collaterale riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati.</p> <p>Obiettivo quantitativo Assumendo come indicatore base della diffusione della patologia del Morbo di Alzheimer del 6% si calcola il tasso di copertura come il 1,5% in carico complessivamente nei servizi di NAT, Centri Diurni e servizi domiciliari. Attualmente la popolazione anziana del Piemonte è pari a 1.041.356. Stima popolazione con Morbo di Alzheimer => $1.041.356 * 0,06 = 62.481$ Obiettivo di copertura (2%) => $62.481 * 0,02 = 1.250$</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Numero di anziani con patologia Alzheimer in carico ai servizi residenziali (NAT) semiresidenziali e domiciliari nell'anno 2014
RISULTATI ATTESI	Obiettivi qualitativi e quantitativi (cfr. sopra)

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

In particolare si tiene conto

- stima giornate di ricovero da realizzare 59.000 per il NAT (pari a circa 300 persone ricoverate),
- stima giornate di ricovero da realizzare 42.900 Centri Diurni (pari a circa 250 persone ricoverate),
- stima prevista per il servizio domiciliari (ca 700 casi)

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione > 65
201	TO 1	1.936.122,87
202	TO 2	1.519.586,53
203	TO 3	2.104.080,82
204	TO 4	1.854.424,00
205	TO 5	1.062.516,60
206	VC	699.300,99
207	BI	711.826,19
208	NO	1.187.152,42
209	VCO	661.586,71
210	CN 1	1.490.052,93
211	CN 2	599.730,97
212	AT	794.079,67
213	AL	1.833.117,29
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	0,00
TOT		16.453.578,00

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

**ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO
SANITARIO NAZIONALE**

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2 - Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta: implementazione degli strumenti necessari per l'applicazione della direttiva comunitaria sulla medicina transfrontaliera. Applicazione di un PDTA per i pazienti affetti da cistite interstiziali e della Bladder Pain syndrome.
DURATA DEL PROGETTO	2014 (12 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€2.602.768
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€2.602.768
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	Il progetto è presentato dalla regione Piemonte, congiuntamente con la regione Valle d'Aosta, con la quale dal 2008 esiste una rete interregionale siglata mediante apposite DGR.
DESCRIZIONE	Il progetto prevede: 1. il proseguimento delle attività di interazione con le regioni limitrofe e lo sviluppo di percorsi condivisi atti a migliorare l'assistenza e a ridurre la mobilità dei pazienti. 2. l'analisi dei dati provenienti dal registro delle malattie rare e dalle altre principali basi dati regionali al fine di valutare il reale percorso diagnostico assistenziale del paziente e di identificare i centri per la partecipazione alle reti europee di riferimento; 3. la collaborazione dei centri che faranno parte delle reti europee di riferimento allo sviluppo di linee guida assistenziali condivise. 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

	<p>parte degli operatori sanitari mediante audit rivolti agli operatori stessi ed ai pazienti.</p> <p>6. Il rinnovo del sito web della rete interregionale per fornire informazioni più mirate ai cittadini ed agli operatori.</p> <p>7. L'implementazione del PDTA per la presa in carico diagnostico-terapeutica della cistite interstiziale e sua applicazione sul territorio regionale.</p> <p>E' prevista la diffusione del PDTA a tutte le Aziende Sanitarie Regionali ed a tutti gli operatori potenzialmente coinvolti, anche mediante appositi convegni e tramite il sito web della Rete Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo qualitativo:</p> <p>Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi;</p> <p>Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera;</p> <p>Ulteriore implementazione di un sistema di datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare.</p> <p>Identificazione delle attività di segnalazione e di assistenza utili a definire i centri che partecipano alle reti europee di riferimento.</p> <p>Rinnovo del sito web delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta.</p> <p>Diffusione delle attività e dei prodotti i gruppi tecnici (ex consorzi) sul sito web della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta.</p> <p>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.</p> <p>Obiettivo quantitativo:</p> <p>Mantenimento delle attività di produzione galenica per le malattie rare da parte delle farmacie ospedaliere e miglioramento della rete di scambio.</p> <p>Identificazione dei centri regionali alla Call per le reti di riferimento europeo.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>2014, in particolare:</p> <p>Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi: 6 mesi dall'inizio del progetto.</p> <p>Identificazione dei centri che possono partecipare alle reti europee di riferimento: 3 mesi dall'inizio del progetto.</p> <p>Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera: 3 mesi dall'inizio del progetto.</p> <p>Ulteriore implementazione di un sistema di datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare: 3 mesi dall'inizio del progetto.</p> <p>Sviluppo di ulteriori PDTA condivisi sulle attività oggetto dei consorzi attivi: in particolare verranno sviluppati un PDTA per le amiloidosi sistemiche, un PDTA per la SEU atipica e le microangiopatie trombotiche, un PDTA per l'angioedema primitivo, un PDTA per le poliendocrinopatie autoimmuni, un PDTA per la transizione dall'età infantile all'età adulta: 12 mesi dall'inizio del progetto.</p> <p>Rinnovo del sito web delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta: 3 mesi dall'inizio del progetto.</p> <p>Diffusione delle attività e dei prodotti i gruppi tecnici (ex consorzi) sul sito web della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta: 5 mesi dall'inizio del progetto.</p> <p>Avvio di una fase sperimentale di somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici ad alto costo ed analisi dei costi e dei risparmi, sia diretti che indiretti derivati: 9 mesi dall'inizio del progetto.</p>
INDICATORI	<p>Partecipazione dei centri regionali alla Call per i centri europei di</p>

(di struttura, di processo, di risultato)	riferimento. Realizzazione di almeno 5 corsi ECM accreditati per la formazione di operatori. Messa online dei PDTA sul sito www.malattierapiemonte-vda.it .
RISULTATI ATTESI	Realizzazione di almeno 5 PDTA. Realizzazione di almeno 5 corsi ECM accreditati per la formazione di operatori. Messa online della nuova versione del sito www.malattierapiemonte-vda.it .

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base a criteri specifici
201	TO 1	
202	TO 2	1.365.000,00
203	TO 3	
204	TO 4	
205	TO 5	
206	VC	
207	BI	
208	NO	
209	VCO	
210	CN 1	
211	CN 2	
212	AT	
213	AL	
904	AO San Luigi	
905	AO Maggiore	
906	AO S. Croce e Carlé	
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	
908	AO Mauriziano	
909	AO Città della Salute	1.237.768,00
TOT		2.602.768,00

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2 - Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR, per le seguenti patologie: <ul style="list-style-type: none"> • adhd e disturbi del comportamento • autismo • disturbi del linguaggio e disturbi specifici dell'apprendimento
DURATA DEL PROGETTO	2014 (12 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€3.300.715,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€3.300.715,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	Tutto il territorio regionale e parte del territorio nazionale
DESCRIZIONE	<p>ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO</p> <p>Il Disturbo da Deficit d'Attenzione con Iperattività (ADHD) è un disturbo neurobiologico cronico ad esordio nell'infanzia, caratterizzato da Inattenzione, impulsività e iperattività motori, presenti in più contesti, che compromette le tappe dello sviluppo e l'integrazione sociale dei soggetti. Presenta la massima prevalenza in età scolare ma tende a persistere in adolescenza e nell'età adulta nel 50-60% dei casi. La sua prevalenza si attesta tra il 3 e il 5 % della popolazione in età scolare, con una stima dell'1-2% per le forme particolarmente gravi. Nel 70-80% dei casi è presente una comorbidità con un altro o altri disturbi (disturbo oppositivo-provocatorio, i disturbi del comportamento e della condotta, i disturbi d'ansia, i disturbi specifici dell'apprendimento, il disturbo ossessivo compulsivo, i tic, i disturbi bipolari). Il che aggrava la sintomatologia di entrambi i disturbi e rende complessa sia la diagnosi che la terapia.</p>

L'assessment funzionale si avvale della somministrazione di specifiche scale di valutazione (rating scales) per definire il livello cognitivo e l'adeguatezza delle funzioni esecutive (attenzione, concentrazione, memoria, capacità di programmazione e di problem solving). Il trattamento utilizza interventi multimodali e per i casi di difficile risoluzione terapia farmacologiche con l'utilizzo di psicostimolanti. Laddove è necessaria una terapia farmacologica, per garantire accuratezza e appropriatezza terapeutica, per tutelare la prescrizione e per prevenire un uso incongruo/abuso dei farmaci, è stato istituito un Registro Nazionale presso l'ISS al quale specifici Centri di Riferimento debbono far pervenire tutti i dati clinico-anamnestici dei soggetti in terapia. La Regione Piemonte con DGR n.4-8716 del 5.5.2008 ha individuato 7 Centri di Riferimento di NPI collocate presso le AO OIRM/S.Anna di Torino, Maggiore della Carità di Novara, Ospedale C Arrigo di Alessandria e presso le ASL TO1, TO3, CN1 e NO. Con D.D. n.10 del 20.1.2009 ha poi definito la competenza di ciascun centro di riferimento rispetto alle strutture territoriali di appartenenza, i criteri utili a garantire l'operatività dei centri e ha normato le procedure attuative del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Perché tale percorso rispecchi i criteri che lo hanno ispirato, appare fondamentale che tutto il network organizzativo gestionale sia funzionale e possa rispondere adeguatamente e con soddisfazione alle necessità e ai bisogni di cura dei soggetti ADHD e delle loro famiglie, senza costituire un aggravio né un dispendio di risorse per i servizi.

AUTISMO.

Gli interventi a favore dei minori con autismo vengono garantiti nella Regione Piemonte dalla rete di servizi di NPI, con la collaborazione dei servizi di Psicologia e di quelli di Riabilitazione Funzionale. Della rete fanno inoltre parte gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali e la scuola: quest'ultima rappresenta nella realtà italiana, che prevede l'integrazione scolastica degli alunni disabili, un'importante risorsa per i bambini con autismo, nella misura in cui i progetti educativi individualizzati prevedono l'uso di strategie educative validate e la collaborazione con i servizi socio-sanitari e con le famiglie.

Con la Raccomandazione regionale "Programma di Governo clinico sull'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della Regione Piemonte", del 20/4/2009, si è avviato un processo utile a dare massima priorità alla diagnosi precoce ed agli interventi abilitativi tempestivi, intensivi e strutturati che modulino gli approcci psicoeducativi alle esigenze individuali e che siano basati su metodologie scientificamente validate con la collaborazione della scuola e della famiglia, come previsto da tutte le linee guida internazionali sull'autismo. Con tale documento sono state definite procedure e modalità di lavoro in rete, finalizzate ad assicurare una diagnosi accurata e precoce nonché una corretta valutazione funzionale, premessa indispensabile per un appropriato orientamento dei trattamenti. A garantire l'attuazione delle procedure e delle modalità di lavoro previste dal documento regionale e del relativo monitoraggio è stato istituito il Coordinamento Regionale per l'Autismo e i disturbi pervasivi dello sviluppo. Il recente monitoraggio effettuato dal Coordinamento suddetto, che ha fatto il punto sull'applicazione della Raccomandazione regionale nei servizi sanitari delle ASL e ASO della Regione, se da un lato ha evidenziato una maggiore attenzione al tema dell'autismo, dall'altro ha confermato che la rete dei servizi è solo parzialmente in grado di garantire il trattamento.

	<p>Emerge, infatti, che la Raccomandazione del 2009 ha avuto come conseguenza l'individuazione in tutte le ASL di operatori che si occupano in modo più specifico di autismo e che hanno seguito corsi regionali sull'argomento.</p> <p>Il numero e le ore dedicate da questi operatori, però, sono ancora molto variabili da un territorio all'altro e sono quasi assenti gli educatori</p> <p>L'Accordo Stato-Regioni del 22/11/2012 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", indica specificamente la creazione di una rete coordinata di intervento, che si snodi lungo il percorso esistenziale della persona con autismo e che garantisca un approccio multi professionale, interdisciplinare ed età specifico, quale strumento indispensabile per poter affrontare la complessità ed eterogeneità delle sindromi autistiche, nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).</p> <p>Con D.G.R. n. 22-7178 del 3/3/14 La Regione Piemonte ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 22.11.2012 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico".</p> <p>La suddetta DGR ha altresì individuato il Centro Pilota regionale per l'età adulta con l'obiettivo di condurre un percorso consulenziale e di orientamento per i DSM regionali.</p> <p>DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO.</p> <p>La legge 170/2010, "Nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico" riconosce la dislessia, la disgrafia, la disortografia e la discalculia quali disturbi specifici di apprendimento. La diagnosi di DSA e' effettuata nell'ambito dei trattamenti specialistici del S.S.N.</p> <p>L'accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 fornisce specifiche "Indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei disturbi specifici di apprendimento".</p> <p>La D.G.R. n. 16-7072 del 4/2/2014 recepisce l'accordo Stato/Regioni e approva lo schema di protocollo di intesa con l'Ufficio Scolastico regionale. La suddetta DGR ha stabilito di istituire, in ogni ASL il Gruppo Disturbi Specifici di Apprendimento (GDSAp) deputato alla gestione del percorso diagnostico; ha dato mandato alla Direzione Sanità di adottare con successivi atti la definizione del percorso diagnostico omogeneo per tutto il territorio regionale.</p> <p>Alla luce di tale normativa si rende necessario individuare percorsi, prassi normative e centri di riferimento per la Diagnosi e cura dei pazienti affetti da DSA e disturbi del Linguaggio.</p> <p>Risulta pertanto necessario individuare prassi operative, e centri di riferimento per tali disturbi</p> <p>I Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle A.S.R. in quanto strutture multidisciplinari sono le strutture preposte all'attivazione dei percorsi specifici.</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Obiettivo qualitativo</p> <p>Rendere omogenei e facilmente fruibili a livello regionale i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per i seguenti disturbi: ADHD e disturbi del comportamento; disturbi del linguaggio e disturbi specifici dell'apprendimento (DSA).</p> <p>Definizione di percorsi diagnostici e di trattamento omogenei sul</p>

	<p>territorio regionale in riferimento al Disturbo Pervasivo dello Sviluppo e all'Autismo</p> <p>Definizione di prassi diagnostiche e di presa in carico organiche ed uniche sul territorio regionale.</p> <p>Definizione di linee guida regionali per la diagnosi e cura dell'ADHD.</p> <p>Obiettivo quantitativo</p> <p>Istituzione in ogni ASL della Regione del Gruppo Disabilità Minori (GDM), cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità, come previsto dalla DGR n. 15-6181 del 29 luglio 2013.</p> <p>Istituzione in ogni ASR del il Nucleo DPS, composto da tutti gli operatori di riferimento per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale che potranno avvalersi anche della competenza dei centri ubicati presso le Aziende ASL CN1 - Centro Autismo e Sindrome di Asperger dell'Ospedale di Mondovì, AOU Città della Salute di Torino - SCU di Neuropsichiatria Infantile OIRM S. Anna, in collaborazione con l'ASL TO1, AO di Alessandria e AOU di Novara - S.C. Neuropsichiatria Infantile, come previsto dalla DGR 22-7179-8 del 3 marzo 2014.</p> <p>Istituzione, in ogni ASL della Regione del Gruppo Disturbi Specifici di Apprendimento (GDSAp) deputato alla gestione del percorso diagnostico nei tempi stabiliti dai provvedimenti nazionali e regionale in materia, come previsto dalla DGR n. 16-7072 del 4 febbraio 2014.</p> <p>Consolidamento dell'attività dei Centri di Riferimento regionali per diagnosi ed il trattamento dell'ADHD.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero minori di quattro anni diagnosticati con diagnosi di Disturbo dello spettro autistico (indicatore di diagnosi precoce) e confronto con gli anni precedenti ▪ Numero di ASR che attivano i Nuclei DPS ▪ Numero di minori in carico ai servizi con diagnosi di Disturbi dello spettro autistico e confronto con gli anni precedenti attraverso il sistema informativo dedicato ▪ Numero di minori in carico ai servizi con diagnosi ADHD e confronto con gli anni precedenti attraverso il sistema informativo dedicato ▪ Numero di minori in carico ai servizi con diagnosi di disturbi del linguaggio e disturbi specifici dell'apprendimento e confronto con gli anni precedenti attraverso il sistema informativo dedicato ▪ Pubblicazione dei dati epidemiologici e di monitoraggio dei minori diagnosticati e in carico ai servizi con diagnosi di disturbo del linguaggio, disturbo specifico dell'apprendimento, disturbi dello spettro autistico e ADHD
RISULTATI ATTESI	Obiettivi qualitativi e quantitativi (cfr. sopra)

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL
201	TO 1	356.896,67
202	TO 2	314.239,84
203	TO 3	436.592,07
204	TO 4	387.666,80
205	TO 5	230.838,88
206	VC	129.823,62
207	BI	129.264,92
208	NO	260.240,16
209	VCO	127.939,96
210	CN 1	312.969,94
211	CN 2	127.814,98
212	AT	154.428,72
213	AL	331.998,46
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	0,00
TOT		3.300.715,00

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2 - Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio
DURATA DEL PROGETTO	2014 (12 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€2.475.536,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€2.475.536,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Il Piano Sanitario Regionale 2012-2015 puntualizza l'impatto della continuità assistenziale sulla qualità delle prestazioni, auspicando la realizzazione di una rete sanitaria il cui modello organizzativo sviluppi e consolidi le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio, regolando il percorso verso le modalità assistenziali più adeguate.</p> <p>Citando ancora testualmente il Piano Sanitario: "tra i dipartimenti funzionali assumono particolare valore quelli che consentono connessioni e continuità tra territorio e ospedale, quali ad esempio il "Dipartimento materno infantile", in considerazione della necessità di attuare le opportune sinergie tra ospedale e territorio nel percorso parto e nel pieno rispetto dei temi legati al "progetto obiettivo materno infantile".</p>
DESCRIZIONE	<p>Alla luce di quanto sopra emerge la necessità di individuare nuove strategie organizzative per aumentare il livello delle prestazioni diagnostiche consultoriali, al fine di maggiormente integrare le risorse territoriali con quelle ospedaliere anche nel settore dell'assistenza alle gravidanze a rischio.</p> <p>Tale integrazione non può prescindere dalla condivisione di profili assistenziali elaborati congiuntamente sulla base delle evidenze scientifiche e delle disponibilità operative dei servizi coinvolti. L'introduzione di "profili assistenziali regionali condivisi" per l'assistenza integrata della gravidanza a rischio va ad integrare il profilo assistenziale alla gravidanza fisiologica di cui strumento</p>

	<p>cardine in Regione è la Agenda di Gravidanza che nella versione aggiornata al 2013 ha introdotto una sezione apposita per l' "Assistenza addizionale" . I profili assistenziali per le gravide a rischio descrivono i criteri clinici e le modalità organizzative per l'assistenza medica alle donne con situazioni che possono incidere negativamente sugli esiti della gravidanza. In continuità con l'anno 2013, anche per l'anno 2014 il progetto prevede la stesura e l'implementazione dei profili relativi a: ipertensione cronica in gravidanza, gravidanza gemellare biamniotica bicoriale non complicata, diabete mellito gestazionale, con l'obiettivo di ridurre gli esiti sfavorevoli materni e/o perinatali legati a queste patologie e di ottimizzare la collaborazione tra Consultori Familiari, Ambulatori Specialistici pubblici e privati e Punti Nascita.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivi qualitativi: Ottimizzare l'assistenza della gravidanza a rischio laddove non complicata, evitando di impegnare i servizi ospedalieri nella cura di patologie gestibili sul territorio. Evitare una medicalizzazione indiscriminata delle gravidanze a rischio riducendo lo stress materno ed il costo sanitario. Predisporre un corretto e tempestivo accesso alle cure ospedaliere in caso di gravidanze a rischio complicate riducendo il rischio di esiti materno fetali avversi. Creare un percorso di ritorno "protetto" al territorio delle puerpere con patologie affinché si possa effettuare una efficace prevenzione dei danni alla salute a lungo termine (aborto ripetuto, diabete mellito, ipertensione, trombosi, prolasso genitale, incontinenza urinaria).</p> <p>Obiettivi quantitativi: Predisposizione, sulla base della letteratura scientifica ed attraverso il confronto tra specialisti ospedalieri e territoriali, dei profili assistenziali relativi a: ipertensione cronica in gravidanza, gravidanza gemellare biamniotica bicoriale non complicata, diabete mellito gestazionale. Diffusione ed implementazione dei profili stessi adeguandoli alle diverse realtà aziendali regionali. Individuazione, in ogni DMI, di un referente territoriale e di un referente ospedaliero per la gestione integrata delle gravidanze a rischio. Attivazione e gestione di un ambulatorio aziendale per la patologia della gravidanza e del puerperio, con l'integrazione di tutte le competenze disponibili a livello territoriale e ospedaliero. Attuare percorsi di formazione interna e addestramento del personale dei servizi territoriali per potenziarne le competenze diagnostiche relative alle gravidanze a rischio. Addestrare il personale ostetrico all' "ecografia office in ostetricia" in modo da recuperare tempo medico per le ecografie diagnostiche. Stabilire incontri periodici di revisione dei casi e incontri di aggiornamento condiviso tra operatori di territorio e di ospedale.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stesura e diffusione dei profili assistenziali relativi a: 1) ipertensione cronica in gravidanza, 2) gravidanza gemellare biamniotica bicoriale non complicata, 3) diabete mellito gestazionale. ▪ Relazione su audit dipartimentale annuale, sulla applicazione dei profili. ▪ Aumento del numero di gravidanze con gli elementi di rischio, contemplati nei profili assistenziali in oggetto, monitorate nei

	servizi consultoriali/ambulatoriali pubblici. ▪ Aumento del numero di donne con elementi di rischio, contemplati nei profili assistenziali in oggetto che partoriscono in Punti Nascita adeguati al loro livello di rischio.
RISULTATI ATTESI	Obiettivi qualitativi e quantitativi (cfr. sopra)

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL
201	TO 1	267.672,47
202	TO 2	235.679,86
203	TO 3	327.444,02
204	TO 4	290.750,07
205	TO 5	173.129,14
206	VC	97.367,70
207	BI	96.948,68
208	NO	195.180,10
209	VCO	95.954,96
210	CN 1	234.727,43
211	CN 2	95.861,22
212	AT	115.821,53
213	AL	248.998,82
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	0,00
TOT		2.475.536,00

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2
TITOLO DEL PROGETTO	PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)
DURATA DEL PROGETTO	2013-2014 (24 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€60.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€30.000,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	Patologie Reumatiche Infiammatorie Autoimmuni
DESCRIZIONE	<p>Il supporto informatico su web “Early Arthritis”, che possa interoperare con i software di gestione della cartella clinica dei pazienti più frequentemente in uso dagli MMG e la creazione di un’apposita interfaccia di collegamento che consenta a MMG e specialisti il dialogo continuo e diretto, sono i principali strumenti necessari all’attuazione pratica del PDTA early arthritis predisposto nel corso del 2013.</p> <p>Alla predisposizione farà seguito una fase di test che preluderà alla formazione specifica (prevedibile nel corso del 2015)</p>
OBIETTIVI	Architettura e creazione dell’applicativo “Early Arthritis”
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014 – 2015
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - Numero delle riunioni operative - Elaborazione e miglioramento versioni beta dell’applicativo - Disponibilità della versione finale dell’applicativo

RISULTATI ATTESI	Software disponibile per la fase di test prevista dal progetto
-------------------------	--

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base ASR con centri di reumatologia
201	TO 1	0,00
202	TO 2	0,00
203	TO 3	0,00
204	TO 4	5.000,00
205	TO 5	0,00
206	VC	5.000,00
207	BI	0,00
208	NO	0,00
209	VCO	0,00
210	CN 1	0,00
211	CN 2	0,00
212	AT	0,00
213	AL	0,00
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	5.000,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	5.000,00
908	AO Mauriziano	5.000,00
909	AO Città della Salute	5.000,00
TOT		30.000,00

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2
TITOLO DEL PROGETTO	Le malattie infiammatorie croniche intestinali
DURATA DEL PROGETTO	2014 (12 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€20.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€20.000,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Le malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI o IBD da inflammatory bowel disease) sono patologie croniche caratterizzate da alternanza di periodi di attività e di quiescenza. La malattia attiva si esprime solitamente con dolore addominale, aumento del numero di evacuazioni talvolta muco ematiche, anemizzazione, incontinenza.</p> <p>Nell'infanzia la malattia influisce soprattutto sullo sviluppo, e va sospettata nei bambini che subiscono un rallentamento della crescita.</p> <p>In Italia si calcola che ci siano tra le 150.000 e le 200.000 persone affette da IBD, con una prevalenza (ovvero il numero di malati in un determinato momento, la fotografia del fenomeno, sempre calcolata su 100.000 persone) di 100 malati su 100.000 abitanti per la malattia di Crohn e 121 malati su 100.000 abitanti per la colite ulcerosa. L'incidenza italiana è di 10,5/100.000 abitanti per anno.</p> <p>Purtroppo negli ultimi anni non solo si è registrato un aumento dell'incidenza, ma anche un aumento degli esordi di malattia in età pediatrica: secondo gli ultimi studi circa il 20% delle nuove diagnosi riguarda bambini, e l'insorgenza di malattia nell'infanzia si accompagna a un decorso di malattia più aggressivo e severo.</p>
DESCRIZIONE	<p>È stato definito, al fine di promuovere uniformità ed efficacia dei processi di cura delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, un percorso diagnostico terapeutico (PDTA) che considera come sintomi di partenza diarrea e/o dolore addominale persistenti per almeno 4 settimane.</p> <p>Tale percorso è stato formulato attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro di cui sono parte attiva tutte le diverse professionalità mediche (gastroenterologi, reumatologi, chirurghi, dermatologi, oculisti, dietologi, psicologi, radiologi, MMG), farmacisti e le associazioni delle persone affette da tali patologie.</p>

	<p>È stato quindi predisposto congiuntamente un PDTA comprensivo degli strumenti necessari alla sua attuazione, tra cui un supporto informatico che possa interoperare con i software di gestione della cartella clinica dei pazienti più frequentemente in uso degli MMG. È già stata eseguita una fase di test di tale strumento presso la SSCVD Diagnosi e Cura della Malattie dell'Intestino presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.</p> <p>Presso la Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza è attivo un ambulatorio dedicato ai pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche (IBD). Tale ambulatorio gestisce circa 4000 pazienti ed è “open” tutti i giorni della settimana, mattino e pomeriggio, per cui, sono afferenti pazienti prenotati e pazienti con impegnativa di visita urgente o con necessità di controlli non programmati per valutare gli esami eseguiti, le terapie consigliate con eventuali effetti collaterali.</p> <p>A causa del numero elevato di pazienti negli anni si è posto il problema di elaborare una scheda informatizzata per poter gestire tutte le informazioni utili dal punto di vista clinico e usufruibili per lavori scientifici. L'obiettivo di questo progetto è la produzione di :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. una “SCHEDE” INFORMATIZZATA con struttura informativa, anche complessa, disegnata per una raccolta di dati “una tantum” sulla base delle fonti disponibili (cartelle cartacee, registri di patologia, archivi elettronici) di raccolta dati retrospettivi su pazienti e trattamenti di interesse. 2. un “SISTEMA INFORMATIZZATO” di gestione prospettica per i dati storici, ma soprattutto retrospettiva e longitudinale di pazienti, visite e trattamenti, interesse di studio, pensata per operare nel contesto delle specifiche realtà per dare continuità alla raccolta dati, sia per gli scopi dello studio, sia per nuove e future ricerche.
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Obiettivi quantitativi Definizione e stesura del PDTA IBD Architettura e creazione dell’applicativo IBD</p> <p>Obiettivo qualitativo Garantire un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni paziente affetto da malattia infiammatoria cronica intestinale, al fine di offrire una cura mirata, che mantenga il soggetto nelle migliori condizioni possibili, compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento. Valutare l’andamento della malattia pre e post terapia in termini di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ricoveri - interventi chirurgici - qualità di vita
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>2014, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesi 6 per la predisposizione del PDTA - Mesi 6 per l’analisi dell’architettura, la creazione del programma per la gestione delle IBD e la sua applicazione pratica - Mesi 12 per verifica e test del PDTA e relativi strumenti - Mesi 12 per raccolta dei dati con il compito di elaborarli e produrre risultati scientifici
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Numeri di ricoveri annui pre diagnosi e post diagnosi - Interventi pre e post diagnosi - Effetti collaterali della terapia stessa

RISULTATI ATTESI	<ul style="list-style-type: none"> ● definizione di un lessico standardizzato per la rappresentazione del processo diagnostico (principalmente basato sugli esami strumentali specialistici) e terapeutico (terapia chirurgica e farmacologia) ● ricostruzione del percorso del paziente nell'ambito della struttura ambulatoriale basata sul follow-up dei pazienti e delle diverse patologie trattate ● prototipizzazione delle schede di raccolta dati e sintesi delle principali strutture informative (anagrafica paziente, prima visita e successive, approccio diagnostico, registrazione esami e referti in forma strutturata, pianificazione terapia farmacologia e differenti schemi e protocolli, intervento chirurgico e valutazione remissioni e recidive) ● completare e collaudare le ipotesi e le strutture tecniche sviluppate sul campo col la sperimentazione del nuovo prodotto, degli strumenti di raccolta dati e la progettazione e sviluppo di modelli di ricerca (epidemiologica) sulla base dei dati archiviati nel database clinico. <p>Realizzare uno studio multicentrico regionale finalizzato:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● allo studio dei pazienti con la malattia di Crohn, ● alla valutazione dei risultati raggiunti sia retrospettivamente che prospettivamente: mantenimento, remissione, recidiva. ● alla descrizione degli effetti collaterali: sospensione della terapia e relative cause ● Costruire una rete organizzata di monitoraggio e sorveglianza sulla patologia di Crohn e sui trattamenti utilizzati nelle diverse realtà ● Programmare uno strumento di lavoro per una raccolta omogenea e standardizzata dei dati relativi ai pazienti trattati ed alle terapie in corso, finalizzato alla valutazione in tempo reale degli interventi realizzati e a dare un supporto alla gestione delle attività di diagnosi e cura
-------------------------	---

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Aziende interessate
909	AO Città della Salute	20.000,00
TOT		20.000,00

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2.Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Sviluppo in ambito riabilitativo di un modello assistenziale alternativo al ricovero (PAC).
DURATA DEL PROGETTO	2013-2014 (24 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€1.200.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€600.000,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	Tutto il territorio regionale
DESCRIZIONE	<p>Nell'ambito delle attività del SSR conseguenti ad un riordino organizzativo-gestionale funzionale correlato ad una maggiore efficienza nel rispetto della garanzia degli interventi LEA appropriati, è da ricercare un modello organizzativo che permetta di trattare a livello ambulatoriale alcune tipologie di pazienti , con disabilità conseguenti ad esiti di patologie , che presentano la necessità di essere trattate , per il loro superamento , con interventi riabilitativi di tipo intensivo.</p> <p>La realizzazione di PAC in ambito riabilitativo , oltre a presentarsi quale ulteriore modalità organizzativa per la gestione di bisogni di salute dei pazienti, permetterebbe una migliore appropriatezza di utilizzo dei posti letto ospedalieri di riabilitazione, con particolare riferimento a specifiche situazioni quali ad esempio quelle rappresentate da ricoveri ripetuti in disabilità complesse con esiti permanenti o alcuni ricoveri dopo la fase dell'acuzie (es. protesi d'anca o di ginocchio).</p> <p>Il paziente che fruisce dei PAC può giovare di un trattamento intensivo usufruendo di tutti gli stimoli positivi conseguenti al rientro precoce al proprio domicilio.</p> <p>La costruzione dei PAC ha come presupposto la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) da parte del fisiatra dell'ASL di appartenenza del paziente che, in quanto responsabile del "governo" clinico lo redige, coordinandosi con gli altri specialisti e professioni coinvolte, a loro volta "obbligate" a colloquiare, per definire i bisogni specifici della persona ed indicare le risposte più adeguate.</p>

OBIETTIVI	<p>Garantire in regime ambulatoriale percorsi riabilitativi tempestivi, completi, alternativi al ricovero; Razionalizzare l'assistenza ospedaliera riabilitativa, permettendo l'ottimizzazione delle risorse ed il miglioramento dell'efficienza attraverso lo spostamento delle attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale.</p> <p>Obiettivo qualitativo Garantire al paziente un trattamento intensivo usufruendo di tutti gli stimoli positivi conseguenti al rientro precoce al proprio domicilio.</p> <p>Obiettivo quantitativo Sperimentare l'utilizzo di PAC da parte dei Servizi di RRF di ASL della Regione Piemonte ed analizzarne l'esito.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	24 mesi (2013-2014)
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero di Servizi di RRF ASL presenti sul territorio regionale che sperimentano i PAC. ▪ Numero di pazienti con caratteristiche di trattamento PAC rispetto al numero dei pazienti con caratteristiche di trattamento PAC gestiti.
RISULTATI ATTESI	Obiettivi qualitativi e quantitativi (cfr. sopra)

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL
201	TO 1	64.876,25
202	TO 2	57.122,14
203	TO 3	79.363,18
204	TO 4	70.469,60
205	TO 5	41.961,61
206	VC	23.599,18
207	BI	23.497,62
208	NO	47.306,14
209	VCO	23.256,77
210	CN 1	56.891,30
211	CN 2	23.234,05
212	AT	28.071,87
213	AL	60.350,28
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	0,00
TOT		600.000,00

**LINEA PROGETTUALE 2. SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE
ALL'INTERNO DEI PERCORSI ASSISTENZIALI**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	2.Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali
TITOLO DEL PROGETTO	Rete regionale delle strutture che svolgono attività di riabilitazione di cui alla D.G.R. N. 10-5605 del 2/04/2007, D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e s.m.i., D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/2011, D.G.R. n.12-1665 del 7/03/2011 e D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 : sviluppo di un modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete.
DURATA DEL PROGETTO	2013-2014 (24 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€2.100.716,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€1.050.358,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	Tutto il territorio regionale
DESCRIZIONE	<p>Con i provvedimenti indicati nel titolo del progetto la Regione Piemonte ha fornito alle Aziende Sanitarie Regionali le direttive per una ridefinizione dell'organizzazione e della gestione delle attività nel settore della riabilitazione, al fine di garantire interventi sanitari appropriati, la completa disponibilità dei "setting riabilitativi", l'equità di accesso al percorso riabilitativo, la continuità dei percorsi di cura e la razionalità nell'uso delle risorse.</p> <p>Sono stati altresì individuati i percorsi assistenziali da assicurare al paziente in rapporto al fabbisogno riabilitativo, identificando attori, modalità operative e responsabilità funzionali. I percorsi sono correlati all'intervento riabilitativo da assicurare al paziente ed intervengono sulle disabilità emergenti a seguito di esiti di patologie d'organo, mediante la presa in carico globale della persona.</p> <p>Il "garante della continuità del percorso riabilitativo" e quindi il responsabile del "governo" clinico è il fisiatra dell'ASL di residenza del paziente che ha il compito, coordinandosi con gli altri specialisti e professioni coinvolte, a loro volta "obbligate" a colloquiare, di definire i bisogni specifici della persona e a indicare le risposte più</p>

	<p>adeguate attraverso l'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale, seguendone passo a passo tutto il cammino di cura. Se il fisiatra riveste il ruolo di "garante clinico" del percorso, spetta al Distretto assicurare un'appropriatezza risposta organizzativo-gestionale. Elemento centrale per l'attuazione dei percorsi è la realizzazione di una rete" integrata di servizi nella logica di una organizzazione che pone prioritariamente l'attenzione sulle relazioni funzionali sia tra le diverse realtà coinvolte che all'interno della singola realtà organizzativa.</p> <p>A tal fine è pregiudizievole per un appropriato funzionamento di tale organizzazione la realizzazione, il funzionamento e lo sviluppo di uno strumento informatico per la gestione operativa ed il monitoraggio del percorso riabilitativo, per la comunicazione/informazione relativa ai pazienti al passaggio da un setting riabilitativo ad un altro ed al cambio del soggetto erogatore, per una lettura/verifica dell'appropriatezza organizzativo-gestionale della presa in carico riabilitativa da parte delle ASR, nonché per una lettura dell'appropriatezza clinica degli interventi riabilitativi effettuati. Lo strumento è rappresentato dalla scheda di "Proposta di percorso riabilitativo individuale".</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Analisi del funzionamento delle strutture/servizi di RRF in rapporto alla propria mission attraverso il monitoraggio del profilo dei pazienti trattati;</p> <p>monitorare e valutare fattori di mobilità/indici Regionali e comparativi tra le diverse strutture;</p> <p>analizzare il percorso del paziente anche al di fuori delle strutture pubbliche;</p> <p>analizzare in tempo reale le risposte del sistema a livello Regionale e di ogni singola struttura;</p> <p>comparare in tempo reale le attività della singola struttura con quelle delle rimanenti strutture e dei dati Regionali.</p> <p>Obiettivo qualitativo</p> <p>Dare continuità al percorso di cura dall'acuzie al rientro al domicilio evitando interruzioni tra un setting e l'altro, accompagnando la persona disabile all'interno di una complessa organizzazione in rete;</p> <p>condivisione immediata di documentazione comune e di informativa tra i vari attori che intervengono nel percorso riabilitativo, realizzando un "colloquio sistematico" migliorare la conoscenza del "bisogno riabilitativo" degli assistiti con conseguente miglioramento della programmazione aziendale.</p> <p>Obiettivo quantitativo</p> <p>Funzionamento in rete di tutti gli attori, pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, che intervengono nel percorso riabilitativo.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>2013-2014 (24 mesi)</p>
<p>INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)</p>	<p>Numero soggetti pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, che intervengono nel percorso riabilitativo che utilizzano la rete informatizzata per la gestione del setting di competenza previsto nel percorso riabilitativo del paziente.</p> <p>Numero di pazienti trasferiti da acuzie a reparto di RRF rilevati dalla procedura informatica che permette il collegamento in rete rapportati al totale dei pazienti trasferiti da acuzie a reparto di RRF.</p> <p>Al fine di raggiungere gli obiettivi individuati, si procederà a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sperimentazione del modello regionale individuato, che interessa sia la parte più propriamente organizzativa (ruolo dei vari operatori che intervengono sulla gestione dei singoli percorsi), sia la

	<p>funzionalità della procedura informatica utilizzata per la gestione in rete del paziente. La sperimentazione interesserà un campione rappresentativo dei soggetti pubblici e privati che erogano attività riabilitative sul territorio regionale;</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi dei risultati della sperimentazione e relative azioni di correzione; - pianificazione e realizzazione di attività di formazione rivolta a tutti gli attori, pubblici e privati accreditati che costituiscono la rete regionale delle attività riabilitative; - utilizzo del modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete da parte di tutte le strutture riabilitativo (pubbl. e priv. Accred); - calcolo degli indicatori proposti nel progetto, lettura degli esiti e valutazione.
RISULTATI ATTESI	Obiettivi qualitativi e quantitativi (cfr. sopra)

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL
201	TO 1	113.572,14
202	TO 2	99.997,83
203	TO 3	138.932,92
204	TO 4	123.363,85
205	TO 5	73.457,86
206	VC	41.312,65
207	BI	41.134,86
208	NO	82.813,98
209	VCO	40.713,23
210	CN 1	99.593,72
211	CN 2	40.673,46
212	AT	49.142,52
213	AL	105.649,00
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	0,00
TOT		1.050.358,00

LINEA PROGETTUALE 3. CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010 D.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010 D.G.R. n. 31-1482 del 11.02.2011 D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012
LINEA PROGETTUALE	3 - Cure Palliative e Terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	Programma regionale di Cure Palliative
DURATA DEL PROGETTO	Continua
REFERENTE	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€4.101.546,00 (importo riferito all'esercizio 2014)
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€4.101.546,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	Tutto il territorio regionale
DESCRIZIONE	<p>Attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore. La Legge n. 38 del 15 marzo 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore", ha definito il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative ed alla terapia del dolore.</p> <p>Ha previsto in particolare, all'Art. 5, l'attivazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore", che devono integrarsi fra loro, a livello regionale e con le corrispondenti reti regionali, a livello nazionale.</p> <p>La Legge n. 38 del 2010, è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore, a livello nazionale.</p> <p>Infatti, la legge del 26 febbraio 1999, n. 39 è stata il primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il</p>

decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative" .

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	<p>1482 del 11.02.2011 sono state definite la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Cure Palliative e della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore.</p> <p>Le due Commissioni sopra citate hanno lavorato, sin dal loro insediamento, al fine di elaborare proposte all'Assessorato alla Sanità, per la concretizzazione dei dettami della Legge nazionale ed, in particolare, dall'approvazione dell'Intesa in parola, per l'attuazione di quanto disposto da quest'ultima, compatibilmente con il contesto normativo, economico e sociale della Regione Piemonte.</p> <p>Inoltre, con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".</p> <p>Per quanto riguarda, infine, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, si prevede l'approvazione di specifico provvedimento deliberativo per l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa in parola come "un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]". Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice".</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo qualitativo Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.</p> <p>Obiettivo quantitativo Estendere l'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Continui
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ol style="list-style-type: none"> 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

	<p>malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>9) Numero di personale ospedaliero formato in cure palliative nel corso di 12 mesi</p> <p>10) Numero di medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta formato in cure palliative nel corso di 12 mesi</p>
RISULTATI ATTESI	Appropriata presa in carico dei pazienti candidabili alle cure palliative su tutto il territorio regionale, in tutti i setting di cura.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL
201	TO 1	443.488,18
202	TO 2	390.481,81
203	TO 3	542.519,56
204	TO 4	481.723,87
205	TO 5	286.845,81
206	VC	161.321,88
207	BI	160.627,63
208	NO	323.380,53
209	VCO	158.981,20
210	CN 1	388.903,80
211	CN 2	158.825,90
212	AT	191.896,75
213	AL	412.549,08
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	0,00
TOT		4.101.546,00

LINEA PROGETTUALE 3. CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE PALLIATIVA SPECIALISTICA

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010 D.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010 D.G.R. n. 31-1482 del 11.02.2011 D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012
LINEA PROGETTUALE	3 - Cure palliative e Terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica
TITOLO DEL PROGETTO	Programma regionale di Terapia del Dolore
DURATA DEL PROGETTO	Continua
REFERENTE	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€4.101.546,00 (importo relativo all'esercizio 2014)
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€4.101.546,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	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.
DESCRIZIONE	<p>La Legge n. 38 del 15 marzo 2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore", ha definito il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative ed alla terapia del dolore.</p> <p>Ha previsto in particolare, all'Art. 5, l'attivazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore", che devono integrarsi fra loro, a livello regionale e con le corrispondenti reti regionali, a livello nazionale.</p> <p>La Legge n. 38 del 2010, è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore, a livello nazionale.</p> <p>Infatti, la legge del 26 febbraio 1999, n. 39 è stata il primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali</p>

	<p>di cure palliative" .</p> <p>Le indicazioni fornite dal citato decreto hanno riguardato i requisiti minimi strutturali (localizzazione, dimensioni generali, tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali); i requisiti minimi tecnologici (requisiti minimi impiantistici, fattori di sicurezza e prevenzione infortuni, dotazioni tecnologiche) ed infine i requisiti minimi organizzativi. Il documento ha reso possibile una definizione più appropriata delle strutture dedicate all' assistenza ai malati, pur rimanendo evidenti alcune criticità, quali la possibilità di assicurare una pari qualità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale.</p> <p>Se esiste dunque un quadro normativo di riferimento rispetto alla tematiche di cure palliative, più complesso è l'iter riguardante la terapia del dolore.</p> <p>Il progetto "Ospedale senza dolore", nato con l'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome in data 24 maggio 2001 con la finalità di offrire la realizzazione, a livello regionale, di progetti finalizzati al miglioramento del processo assistenziale rivolto in maniera specifica al controllo del dolore, non ha prodotto i risultati attesi.</p> <p>L'assenza di precise indicazioni su quali caratteristiche avessero dovuto obbligatoriamente essere possedute dalle strutture di assistenza alla terapia del dolore non ha consentito la puntuale definizione dei luoghi di cura dedicati.</p> <p>I documenti citati, pur nella loro completezza, non hanno avuto, quindi, la capacità di definire in modo puntuale quali requisiti fossero necessari nei diversi momenti assistenziali (ospedale, hospice, assistenza residenziale, ambulatorio) al fine di garantire un'ideale presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative e nella rete di terapia del dolore.</p> <p>La necessità di colmare eventuali lacune ha richiesto una puntuale definizione di elementi distintivi strutturali quantitativi e qualitativi che potessero, senza ambiguità, individuare le caratteristiche indispensabili affinché una struttura possa essere considerata a pieno titolo idonea. La definizione di criteri imprescindibili appare condizione necessaria per un reale sviluppo della rete assistenziale, sia nelle cure palliative, sia nella terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, pur non escludendo il diritto di ogni malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni precipi del paziente e della sua famiglia.</p> <p>In particolare, infatti, la suddetta L. 38/2012 dispone all'articolo 8 che "[...] sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]".</p> <p>Tali indicazioni riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia</p>
--	---

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

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

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

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

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da accordo sancito

dalla Conferenza Stato Regioni 16 dicembre 2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15 marzo 2010 n. 38, Art. 3, :

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

- Centri Spoke/centri ambulatoriali di terapia del dolore

- Centri Hub /Centri Ospedalieri di terapia del dolore

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

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

[...]

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

Hub / Centro ospedaliero di terapia del dolore

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

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

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

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

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

	<p>Le due Commissioni sopra citate hanno lavorato, sin dal loro insediamento, al fine di elaborare proposte all'Assessorato alla Sanità, per la concretizzazione dei dettami della Legge nazionale ed, in particolare, dall'approvazione dell'Intesa in parola, per l'attuazione di quanto disposto da quest'ultima, compatibilmente con il contesto normativo, economico e sociale della Regione Piemonte.</p> <p>Inoltre, con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".</p> <p>Per quanto riguarda, specificamente, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, si prevede l'approvazione di specifico provvedimento deliberativo per l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa in parola come "un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]". Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice".</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo qualitativo Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.</p> <p>Obiettivo quantitativo Estensione dell'offerta delle prestazioni appropriate in terapia del dolore, su tutto il territorio regionale.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Continui
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ rapporto tra popolazione residente e strutture specialistiche ▪ 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) ▪ numero dei programmi di didattica e ricerca in interazione Ospedale-Università ▪ numero degli eventi formativi programmati sul territorio regionale ▪ Numero di personale ospedaliero formato in terapia del dolore nel corso di 12 mesi ▪ Numero di medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta formato in terapia del dolore nel corso di 12 mesi
RISULTATI ATTESI	Appropriata presa in carico dei pazienti candidabili alla terapia del dolore su tutto il territorio regionale, in tutti i setting di cura.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL
201	TO 1	443.488,18
202	TO 2	390.481,81
203	TO 3	542.519,56
204	TO 4	481.723,87
205	TO 5	286.845,81
206	VC	161.321,88
207	BI	160.627,63
208	NO	323.380,53
209	VCO	158.981,20
210	CN 1	388.903,80
211	CN 2	158.825,90
212	AT	191.896,75
213	AL	412.549,08
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	0,00
TOT		4.101.546,00

**LINEA PROGETTUALE 4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	4. Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale di prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	2014 (12 mesi)
REFERENTE	A1401A - PREVENZIONE E VETERINARIA

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€19.687.471,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€19.687.471,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18 (PNP), approvato con Intesa Stato-Regioni del 13/11/14, prevede all'art. 1, comma 2 che le Regioni recepiscano con apposita Delibera il PNP disponendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • di applicare nell'elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP; • la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro-obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali; • la definizione degli elementi – contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione – funzionali ai programmi regionali individuati.
DESCRIZIONE	<p>Nelle more dell'approvazione del PNP 2014-2018, la Regione Piemonte, con DGR n. 52-7643 del 21 maggio 2014, aveva già adottato le linee generali per il Piano di prevenzione per l'anno 2014, in coerenza con l'impostazione della bozza di PNP allora disponibile, consentendo la continuità delle azioni in essere e l'operatività dei Piani locali di prevenzione per tutto il 2014.</p> <p>In seguito, quale adempimento all'Intesa Stato-Regioni sul PNP, con DGR n. 40-854 del 29/12/2014 è stato recepito il PNP e sono stati individuati preliminarmente i programmi regionali con i quali dare attuazione, nel periodo 2015-2018, agli obiettivi del PNP, sulla base del contesto regionale, degli elementi epidemiologici e dello stato di salute della Regione Piemonte.</p> <p>L'attuazione del Piano regionale della prevenzione in coerenza con le</p>

	indicazioni nazionali rappresenta inoltre una delle azioni previste dai Programmi Operativi della Regione Piemonte, di cui alla DGR n. 25-6992 del 30/12/2013.
OBIETTIVI	<p>Il provvedimento si pone l'obiettivo di sviluppare nel quinquennio, attraverso programmazioni annuali, la visione strategica e gli obiettivi di salute del PNP.</p> <p>Per tale motivo, il Piano è strutturato in programmi di ampio respiro, trasversali e multidisciplinari, con l'integrazione di obiettivi e azioni tra loro coerenti. I programmi del Piano incorporano tutti i macro obiettivi e gli obiettivi centrali del PNP, nonché gli adempimenti previsti dal quadro normativo.</p> <p>Viene dato spazio alla funzione di stewardship, al fine di promuovere il necessario coordinamento con tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi, anche attraverso la messa a regime di registri e sorveglianze.</p> <p>Per l'attuazione degli obiettivi del Piano 2014, è prevista l'adozione in ogni ASL del Piano locale della prevenzione, con la declinazione territoriale degli obiettivi regionali.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Indicatore di processo: Presenza dei documenti di rendicontazione delle attività previste nell'ambito dei Piani locali di prevenzione 2014 di tutte le ASL.
RISULTATI ATTESI	Attuazione, attraverso i Piani locali, degli obiettivi contenuti nel Piano regionale di prevenzione.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL
201	TO 1	2.128.748,70
202	TO 2	1.874.317,48
203	TO 3	2.604.100,52
204	TO 4	2.312.280,49
205	TO 5	1.376.863,39
206	VC	774.346,99
207	BI	771.014,57
208	NO	1.552.230,53
209	VCO	763.111,71
210	CN 1	1.866.742,99
211	CN 2	762.366,24
212	AT	921.106,75
213	AL	1.980.240,63
TOT		19.687.471,00

**LINEA PROGETTUALE 4. PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL
PIANO NAZIONALE PREVENZIONE**

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	4. Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale di prevenzione Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM, con NIEPB
DURATA DEL PROGETTO	2014
REFERENTE	A1401A - PREVENZIONE E VETERINARIA

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€98.437
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE DA ACCANTONARE IN GSA	€98.437

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Negli ultimi quindici anni le istituzioni nazionali ed internazionali hanno sostenuto la prevenzione basata sulla diagnosi precoce per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto attraverso l'attivazione dei programmi di screening organizzati. L'avvio dello screening del cancro coloretale è avvenuto da almeno 12 anni, attraverso una prima fase di studio di fattibilità. I programmi di screening sono Livelli Essenziali di Assistenza e come tali sono garantiti a tutta la popolazione bersaglio.</p> <p>Inoltre, la Regione Piemonte ha l'obiettivo di utilizzare la banca dati AIRTum al fine di perseguire le seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ consentire interventi mirati di prevenzione primaria e valutazioni per l'attivazione di campagne specifiche di diagnosi precoce oncologica quali screening oncologici; ▪ essere strumento di monitoraggio sull'efficacia dei programmi di screening oncologici, tradizionali e/o sperimentali attivi ed operativi presso le aziende sanitarie locali della Regione; ▪ essere strumento di supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto dell'ambiente sull'incidenza della patologia oncologica, attraverso uno studio integrato matrici ambientali-matrici Umane.

	<p>In ultimo, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione di cui all'Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13/11/2014, il PRP 2014-2018 include una ristretta cerchia di interventi supportati da prove di efficacia o indicazioni di buone pratiche, che saranno monitorati nel tempo e valutati secondo l'impianto valutativo definito a livello nazionale. In particolare, per ciascun progetto o azione del PRP, la ricerca delle prove di efficacia sarà condotta utilizzando un algoritmo basato sulla consultazione prioritaria del sito NIEBP e della letteratura specifica.</p>
DESCRIZIONE	<p>Fondamentale per la crescita della qualità dei percorsi organizzati oltre al continuo monitoraggio degli indicatori di processo che viene fatto in ambito regionale, è il confronto fatto in ambito nazionale dei i risultati raggiunti dalle altre regioni.</p> <p>Il Ministero della Salute con un Decreto del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del ministero, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto dell'ONS per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon retto) e benchmarking con i risultati delle altre regioni; - attività di formazione (retraining degli operatori impegnati nei programmi di screening) - miglioramento della qualità dell'informazione, della comunicazione e della rendicontazione dei risultati. <p>Inoltre, nell'ambito di questo progetto e delle risorse previste la Regione intende avvalersi del supporto dell'AIRTUM per quanto riguarda tali attività specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione della qualità dei dati raccolti - monitoraggio e calcolo degli indicatori - gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali - attività di formazione - supporto all'implementazione di Registri programmati ma non ancora operanti <p>In ultimo, sia nella fase di progettazione del PRP che nella fase di pianificazione delle specifiche azioni, è necessario prevedere lo sviluppo di metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi previsti nel PRP, favorendo l'utilizzo delle prove di efficacia e di impatto.</p> <p>Nell'ambito di questo progetto la Regione intende avvalersi del supporto del NIEBP per quanto riguarda le attività di supporto alla redazione del Piano Regionale della Prevenzione.</p>
OBIETTIVI	Tutte le azioni di questo progetto sono finalizzate a favorire la realizzazione e valutazione degli interventi del PRP 2014-2018.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	In linea con quanto stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 13/11/2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Consolidamento delle attività relative al Piano Regionale della Prevenzione in continuità con quanto svolto nel periodo 2010/2013.
RISULTATI ATTESI	Favorire le attività previste dei Programmi regionali con i quali dare attuazione a tutti i Macro obiettivi del PNP 2014-2018

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

A riguardo, tenuto conto delle risorse assegnate alle Aziende del SSR con la DGR n. 38-812 del 22/12/2014, si prevede di assegnare le risorse in oggetto con risorse regionale da FSN indistinto.

Detto importo, pari a euro 98.437, sarà accantonato in GSA con le seguenti previsioni di spesa:

- 60% finalizzato agli interventi con osservatorio nazionale screening
- 20 % finalizzato agli interventi con AIRTUM
- 20% finalizzato agli interventi con NIEPB

LINEA PROGETTUALE 5. GESTIONE DELLA CRONICITÀ

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PIANO SANITARIO NAZIONALE

SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	5 - Gestione della cronicità
TITOLO DEL PROGETTO	Presenza in carico territoriale delle persone con patologie croniche, anche rare
DURATA DEL PROGETTO	2014 (12 mesi)
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€12.377.683,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€12.377.683,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	0

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Coerentemente con gli obiettivi di governo regionale, si prevedono interventi relativi al potenziamento della rete dei servizi per la non autosufficienza, alla riqualificazione della rete dei servizi per la disabilità e all'implementazione di strumenti utili a sostenere il processo di qualificazione dell'assistenza erogata dai servizi territoriali nell'ambito della integrazione sociosanitaria.</p> <p>All'interno della cronicità si individua una linea di attività specifica per le Malattie rare.</p> <p>Le malattie rare sono patologie potenzialmente letali o cronicamente debilitanti, caratterizzate da bassa prevalenza ed elevato grado di complessità. Il Working Group on Rare Diseases – istituito dalla Comunità Europea, nel programma d'azione comunitaria sulle malattie rare, adottato nel periodo 1999-2003 concernente anche le malattie genetiche, definisce malattie rare quelle che presentano una prevalenza uguale o inferiore a 5 casi ogni 10.000 persone nella Unione Europea. Secondo le stime esistono attualmente tra 5000 e 8000 malattie rare, che colpiscono tra il 6 % e l'8 % della popolazione nel corso della vita. Anche</p> <p>se le singole malattie rare siano caratterizzate da una bassa prevalenza, il numero totale di persone colpite da malattie rare nell'UE si colloca tra 27 e 36 milioni.</p> <p>In Italia, le malattie rare sono state indicate tra le priorità di sanità pubblica a partire dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Successivamente, con il Decreto Ministeriale n.279 del 18 maggio 2001, "Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie</p>

	<p>rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie”, è stata istituita la Rete Nazionale per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare” e introdotto l’esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, per un primo gruppo di malattie rare.</p> <p>In un insieme così complesso e numeroso di malattie rare, realizzare una rete assistenziale in grado di garantire una reale presa in carico della persona ed integrata con i servizi territoriali (cure primarie) e ospedalieri (cure specialistiche e riabilitative), è un compito che richiede la disponibilità di elevate competenze cliniche ed adeguate risorse organizzative e strutturali.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede i seguenti ambiti di attività:</p> <p>(1) Sviluppo dell’approccio alla patologia cronica, secondo il modello Chronic Care Model (CCM), con particolare riferimento ai Sistemi Informativi;</p> <p>(2) Valutazione Multidimensionale (VMD) e Piano di Assistenza Individuale (PAI)/Progetto Riabilitativo Individuale (PRI);</p> <p>(3) Sviluppo dei Flussi Informativi.</p> <p>Si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ consolidamento delle attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali inerenti la Valutazione rivolta alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con disabilità (adulti e minori) ai sensi delle DGR vigenti; ▪ adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l’area della non autosufficienza e per le cure palliative; ▪ adozione di strumenti di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; ▪ consolidamento/potenziamento dell’attività di assistenza domiciliare, finalizzata alla gestione dei PAI per le persone non autosufficienti, anche anziane; ▪ rafforzamento delle attività di assistenza, residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; ▪ riqualificazione dell’assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità. <p>Per i Flussi informativi si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ l’attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della qualità delle informazioni notificate al Sistema Informativo delle Residenze Sanitarie Assistenziali; ▪ l’attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni registrate nell’ambito del Sistema Informativo dell’Assistenza Domiciliare ▪ realizzazione del prototipo del Sistema Informativo Assistenza Territoriale <p>Linea “Malattie rare”</p> <p>L’implementazione di una rete assistenziale integrata per le persone affette da malattie rare con elevato grado di complessità, richiede interventi multipli e costanti, realizzati in un contesto di continuità delle cure tra ospedale e territorio.</p> <p>In quest’ambito si prevede di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere lo sviluppo dei Piani Promuovere lo sviluppo dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per singole o gruppi di malattie rare a maggiore prevalenza e/o complessità e monitoraggio dei PDTA implementati; • Promuovere “Piani Assistenziali Individuali” (PAI) per la persona affetta e per la famiglia. Gli specialisti dei Centri riconosciuti dovranno realizzare il PAI attraverso l’analisi dei bisogni individuali, basandosi

	<p>sulla diagnosi clinica e funzionale delle abilità/caratteristiche del paziente e delle risorse individuali e della famiglia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivare i collegamenti tra i centri/presidi e le Associazioni dei Pazienti e delle Famiglie; • Recepire, con provvedimento regionale, un sistema di classificazione delle malattie rare finalizzato alla programmazione della rete assistenziale; • Avviare, in collaborazione con gli Istituti, il processo di riorganizzazione della rete assistenziale.
OBIETTIVI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA; 2) Potenziamento della funzione di VMD; 3) Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative 4) Adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; 5) Consolidamento/potenziamento dell'assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti; 6) Rafforzamento delle attività di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; 7) Riqualificazione dell'assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità; 8) Miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi informativi; 9) Miglioramento del Sistema Informativo Assistenza Territoriale. <p>Linea Malattie rare - Obiettivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridefinire la rete assistenziale regionale per le malattie rare sviluppando un sistema uniforme su tutto il territorio che garantisca la continuità assistenziale e un'adeguata transizione dall'età pediatrica a quella adulta; • implementare i PDTA su singole o gruppi di malattie rare; • diffondere raccomandazioni relative ai percorsi diagnostico, ivi compresi i test genetici, terapeutici e riabilitativi individuati; • monitorare l'applicazione dei percorsi individuati; • scambiare informazioni fra i centri/presidi per la standardizzazione delle prassi diagnostiche / terapeutiche /riabilitative • attivare contatti informativi e formativi per la condivisione e confronto con le figure assistenziali territoriali o specialistiche sulla base del piano assistenziale individuale (PAI) • monitorare e valutare il funzionamento della rete e la diffusione e la applicazione dei PDTA; • descrivere le caratteristiche delle persone in carico ai C/P e valutarne l'impatto sui servizi sanitari. • promuovere incontri con le Associazione dei Familiari di persone con MR; • consolidare le attività assistenziali per le persone affette da Malattie rare.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - numero di operatori impegnati nei PUA - adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative - adozione di strumenti per la valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; - numero di soggetti assistiti a domicilio dalle ASL; - numero di soggetti assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane; - completezza dei dati raccolti dal SIAD; - differenza media, in giornate, tra la data di registrazione delle

	<p>informazioni contenute nelle schede delle strutture RSA, e la data di convalida/valutazione, della scheda stessa, effettuata da parte del CAD di riferimento.</p> <p>Linea Malattie rare – Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero di percorsi diagnostico terapeutici elaborati e diffusi; • numero di persone che hanno ricevuto un Piano Assistenziale Individuale; • numero di incontri con le Associazioni dei Familiari; • numero di corsi di formazione; • produzione del rapporto di monitoraggio annuale dei casi notificati nel registro Malattie Rare.
<p>RISULTATI ATTESI</p>	<p>Garanzia della presa in carico sociosanitaria della persona non autosufficiente e della persona disabile nell'ambito della rete dei servizi distrettuali, secondo criteri di appropriatezza ed equità.</p> <p>Implementazione di strumenti organizzativo-gestionali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza alla persona non autosufficiente e alla persona con disabilità.</p> <p>Consolidamento della rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza.</p> <p>Linea Malattie rare</p> <p>I risultati del progetto potranno rappresentare la base per la identificazione e la organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici che potranno essere presi a modello anche per altre malattie.</p> <p>L'implementazione di una rete assistenziale efficiente permetterà di garantire standard organizzativi di qualità ed omogenei per ciascun Istituto partecipante alla rete e di facilitare l'accesso ai servizi, sia nella fase di</p> <p>approfondimento diagnostico che in quella della presa in carico.</p> <p>Si potranno inoltre individuare degli indicatori che permetteranno di valutare il grado di ottimizzazione della gestione delle Strutture dedicate alla malattie rare, anche in previsione di una espansione della domanda di</p> <p>prestazioni e contribuire alla individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la gestione delle malattie rare.</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro	Importo in euro	Importo in euro	TOTALE
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione > 65	Aziende interessate al progetto "Promozione di rete nazionale per i tumori rari"	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL	
201	TO 1	485.501,56	0,00	663.482,13	1.148.983,68
202	TO 2	381.051,04	423.131,20	584.181,75	1.388.363,99
203	TO 3	527.618,64	0,00	811.638,38	1.339.257,02
204	TO 4	465.014,78	0,00	720.684,78	1.185.699,55
205	TO 5	266.436,32	423.131,20	429.136,73	1.118.704,25
206	VC	175.356,49	0,00	241.346,19	416.702,68
207	BI	178.497,31	0,00	240.307,55	418.804,86
208	NO	297.689,97	0,00	483.794,64	781.484,61
209	VCO	165.899,27	0,00	237.844,41	403.743,68
210	CN 1	373.645,20	0,00	581.820,96	955.466,16
211	CN 2	150.388,35	0,00	237.612,07	388.000,41
212	AT	199.123,17	0,00	287.087,84	486.211,01
213	AL	459.671,91	0,00	617.195,57	1.076.867,48
904	AO San Luigi	0,00	423.131,20	0,00	423.131,20
905	AO Maggiore	0	0	0	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00	0,00	0,00	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00	423.131,20	0,00	423.131,20
908	AO Mauriziano	0,00	0,00	0,00	0,00
909	AO Città della Salute	0,00	423.131,20	0,00	423.131,20
TOT		4.125.894,00	2.115.656,00	6.136.133,00	12.377.683,00

LINEA PROGETTUALE 6. RETI ONCOLOGICHE

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n. 34-5663 del 16.04.2013
LINEA PROGETTUALE	6. RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	Promozione di rete nazionale per i tumori rari
DURATA DEL PROGETTO	36 mesi dal 2013
REFERENTE	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€3.173.484
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€1.057.828
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	0

IL PROGETTO

CONTESTO	Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale del Piemonte e della Valle d'Aosta Rete di Oncologia e Oncoematologia Pediatrica del Piemonte e della Valle d'Aosta
DESCRIZIONE	<p>Si definiscono TR le neoplasie maligne con un'incidenza < 5 casi /100000/anno. I TR sono da distinguere radicalmente dalle Malattie rare. Queste ultime infatti hanno una base genetica, si definiscono in base alla prevalenza e sono riconosciute ed elencate per legge.</p> <p>Diversamente, i TR non hanno ancora un'identificazione precisa, ad eccezione della definizione sovra citata di incidenza, hanno differenti forme di raccolta e di classificazione (per sede anatomica o per istotipo) e importanti differenze per quanto riguarda le terapie.</p> <p>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).</p> <p>Nel nostro progetto si fa dunque riferimento a questa seconda situazione per non indurre confusioni di linguaggio e sovrapposizioni di progetti e di linee guida. La problematica dei TR è giunta alla ribalta a metà degli anni 90 del secolo scorso quando pochi ricercatori, focalizzando la loro attenzione su alcune neoplasie a bassa incidenza evidenziarono le pesanti problematiche di assistenza, di ricerca e di finanziamento che caratterizzano i TR.</p> <p>1.0 Problematiche di assistenza. I TR, proprio per la loro bassa incidenza, sono neoplasie poco conosciute dai clinici e quindi più esposte a ritardi diagnostici, errori di classificazione e di riconoscimento e approcci terapeutici inadeguati, se non sbagliati.</p>

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

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

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

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

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

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

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

2.0 Specificità nella ricerca

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

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

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

3.0 Supporto finanziario alla ricerca

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

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

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

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

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

Questo interesse molto specifico fonda il suo essere su alcuni aspetti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.0 Sviluppo del progetto educativo online

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

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

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

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

	<p>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.</p> <p>Verranno coinvolti nell'organizzazione e nello sviluppo dell'iniziativa: il Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta, la COR come responsabili dell'evento, le SC e SS di Oncologia delle diverse Aziende Sanitarie, le sezioni regionali delle Società scientifiche (AIOM, SIRM, SIAPEC, AIRO, Società di Oncologia, le sedi universitarie di Torino e di Novara, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, gli Infermieri).</p>
OBIETTIVI	<p>Realizzazione di una rete regionale per la cura e lo studio dei tumori rari. In particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo qualitativo <p>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</p> <p>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.</p> <p>(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).</p> <p>Incremento e monitoraggio della qualità dell'offerta assistenziale per i pazienti affetti da TR in regione Piemonte, tramite la raccolta dati e l'individuazione di centri di riferimento regionali per la cura di queste patologie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo quantitativo <ol style="list-style-type: none"> 1) la registrazione sistematica dei TR visti in un anno presso la RTR; già cinque Aziende Sanitarie piemontesi fanno confluire e condividono casi clinici con la RTR (AO Città della Salute e della Scienza di Torino – presidio Molinette -, AOU San Luigi di orbassano, IRCC di Candiolo, Ospedale Gradenigo di Torino e AO di Alessandria) 2) La prosecuzione dei lavori di raccolta di casi clinici di TR, in modo da descriverne adeguatamente la storia naturale come già avviene con data base ad hoc per i sarcomi ORL, i tumori rari sarcomi del distretto urologico e i sarcomi dei tessuti molli degli arti. 3) La raccolta sistematica di tutti i referti istopatologici relativi ai tumori rari presso tutte le SO di anatomia patologica delle due Regioni, diagnosticati in 5 anni (2006-2011) per avere un quadro preciso dei numero dei casi e delle sedi dove avviene la diagnosi. 4) Il potenziamento del portale regionale relativo agli studi sui TR già disponibile
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ol style="list-style-type: none"> 1. numero di casi di pazienti che afferiscono ai centri di riferimento/numero di casi complessivi diagnosticati in Regione Piemonte 2. numero di operatori che aderiscono alla FAD/numero degli operatori bersaglio della formazione

	3. numero di operatori che superano le verifiche della FAD/numero di operatori che si iscrivono 4. numero di referti reperiti presso le SO di Anatomia Patologica/numero delle SO di Anatomia Patologica attive in regione.
RISULTATI ATTESI	Perseguimento dell'appropriatezza nell'offerta assistenziale ai pazienti affetti da tumore raro

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Aziende interessate al progetto "Promozione di rete nazionale per i tumori rari"
201	TO 1	0,00
202	TO 2	211.565,60
203	TO 3	0,00
204	TO 4	0,00
205	TO 5	211.565,60
206	VC	0,00
207	BI	0,00
208	NO	0,00
209	VCO	0,00
210	CN 1	0,00
211	CN 2	0,00
212	AT	0,00
213	AL	0,00
904	AO San Luigi	211.565,60
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	211.565,60
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	211.565,60
TOT		1.057.828,00

LINEA PROGETTUALE 6. RETI ONCOLOGICHE

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n. 34-5663 del 16.04.2013
LINEA PROGETTUALE	6. RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	Sviluppo e implementazione delle attività del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
DURATA DEL PROGETTO	Continua
REFERENTE	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€4.000.000,00 (importo relativo all'esercizio 2014)
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€4.000.000,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO	
CONTESTO	Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale del Piemonte e della Valle d'Aosta
DESCRIZIONE	<p>L'attività del Dipartimento è articolata in ambiti individuati secondo quanto previsto dalla Bussola dei Valori della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, presentata il 16 novembre 2013 e nelle azioni che si prevedono di attivare nel corso del 2014 per realizzarli.</p> <p>Validazione dei gruppi interdisciplinari di cure e miglioramento del loro funzionamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica della completezza della loro composizione; - Controllo periodico della loro composizione e della modalità del loro funzionamento; - Sviluppo di contesti di condivisione dell'apprendimento dall'esperienza e della discussione comune dei casi: la videoconferenza tra i gic; - Iniziative e strumenti per socializzare i problemi e gestire in comune il rischio dell'incertezza (es. progetto cross over); - Prosecuzione dei gruppi di studio centrali di formazione sul campo con chiarezza del mandato sui documenti da produrre nel corso dell'anno - Istituzionalizzazione di momenti sistematici di confronto degli operatori del gic per definire percorsi strutturati di cura, organigrammi e funzionigrammi, valutazione annuale delle

	<p>attività e del funzionamento del gic con gli eventuali aggiornamenti dei pdta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riorganizzazione dei percorsi di cura alla luce della individuazione dei centri di riferimento per i singoli tumori - Riunioni locali per la realizzazione dei centri di riferimento, con l'approfondimento del concetto dei relativi cluster, coinvolgendo le direzioni aziendali e i gic <p>Validazione dei pdta adottati per ciascun tumore da parte dei singoli gic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica della correttezza del percorso e dell'appropriatezza degli esami e dei trattamenti previsti - Controllo periodico dell'adozione e dell'aggiornamento dei pdta - Valorizzazione del ruolo dell'infermiere nella definizione e attuazione dei percorsi assistenziali - Controllo delle tempistiche diagnostico-stadiative dei diversi tumori presso ciascun cas - Monitoraggio dei tempi degli esami previsti per diagnosi e stadiazione presso i diversi cas e pubblicizzazione dei dati - Formazione del personale del cas per potenziare il ruolo di accoglienza, regia e registrazione dei percorsi di cura per ciascun tumore - Monitoraggio dei servizi forniti dai cas e analisi di eventuali differenze tra i cas il cui personale partecipa regolarmente ai corsi formativi rispetto ai cas il cui personale non partecipa <p>Interventi informativi e formativi per aumentare l'attenzione dei pazienti e dei medici di medicina generale sui sintomi iniziali per una diagnosi tempestiva</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione delle iniziative relative ai tumori del colon retto e al melanoma - Proposta di una nuova neoplasia: i tumori del polmone - Promozione su questi tre temi di ulteriori iniziative nelle diverse aziende della rete - Valutazione in un campione, dell'attuale stadiazione alla diagnosi dei carcinomi del colon retto e del polmone - Progetto di informazione ai cittadini per aumentare la consapevolezza di fronte ai problemi oncologici, in un'ottica di empowerment e per evitare inapproprietezze per difetto e per eccesso - Diagnosi e stadiazione tempestiva del tumore polmonare - Monitoraggio degli attuali tempi di diagnosi e stadiazione del tumore polmonare presso i diversi cas - Audit presso le aziende che si discostano negativamente dai tempi medi del dipartimento di rete - Individuazione tempestiva della vulnerabilità psicologica e sociale alla presa in carico infermieristica - Monitoraggio della adozione delle modalità valutative suggerite dallo staff infermieristico del dipartimento di rete - Verifica dell'avvenuto collegamento di ciascun cas con i servizi psicologici e sociali - Individuazione per ciascun percorso di cura del principale momento critico da monitorare - Richiesta a ciascun gic di individuare tale momento e l'indicatore con cui misurarlo - Verifica del miglioramento nel tempo dell'indicatore prescelto - Tumori del colon retto - Valutazione della qualità delle prestazioni dei centri di riferimento - Richiesta a ciascun gic di dotarsi degli strumenti per la raccolta dei dati previsti nel documento sui centri di riferimento quali
--	---

	<p>indicatori di qualità</p> <p>Verifica dei percorsi adottati per i diversi tumori</p> <p>Visite periodiche in ogni azienda per la analisi della concordanza tra i percorsi dichiarati e i percorsi realizzati</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisi delle criticità riscontrate e misure per la loro risoluzione <p>Iniziative specifiche per migliorare la qualità</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avvio e monitoraggio dei percorsi previsti per i pazienti oncologici anziani - Decisioni organizzative in base alla valutazione dei dati raccolti nelle anatomie patologiche sui tumori rari - Coordinamento con la rete di oncologia e di oncoematologia pediatrica, in particolare per assicurare la continuità dei controlli in età adulta dei pazienti sottoposti a trattamento per tumori pediatrici - Introduzione della refertazione uniforme anatomo-patologica per i diversi tipi di tumore - Introduzione del nuovo nomenclatore NAP - Discussione dei tumori a difficile caratterizzazione istopatologica per una diagnosi condivisa, attraverso la prosecuzione del progetto di formazione sul campo del dipartimento di rete - Identificazione dei centri e decisioni organizzative, concordate con l'Assessorato e le direzioni aziendali di riferimento, per la caratterizzazione molecolare delle neoplasie - Identificazione dei centri e decisioni organizzative, concordate con l'Assessorato e le direzioni aziendali di riferimento, per la preparazione dei farmaci oncologici - Ruolo dell'oncologo, dell'ematologo e del farmacista per favorire l'appropriato utilizzo dei farmaci biosimilari, con la promozione di audit aziendali in presenza di scostamenti prescrittivi rispetto alle migliori pratiche accertate <p>Promuovere la ricerca quale elemento della qualità delle cure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istituzione di una commissione per la promozione della ricerca nel dipartimento di rete - Censimento delle ricerche in corso e diffusione delle informazioni sui criteri di inclusione dei pazienti a tutti gli operatori interessati del dipartimento di rete - Comunicazione con le opportune modalità di tali informazioni ai pazienti <p>Garantire l'adozione di contesti idonei per la comunicazione con il paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica dei contesti (tempi e luoghi) e delle modalità con cui avviene la comunicazione con i pazienti ed i familiari, in particolare riguardo alle informazioni relative alla diagnosi e al programma di trattamento - Diffusione delle migliori soluzioni in atto nel dipartimento di rete <p>Formazione del team curante: il lavoro di gruppo e l'organizzazione dell'equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segnalazione delle migliori modalità organizzative adottate dai gic nelle diverse realtà e per i vari tipi di tumore - Diffusione delle conoscenze per migliorare il lavoro dei gic <p>La completezza della informazione per il coinvolgimento del paziente nelle scelte terapeutiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione su un tumore della correttezza informativa per la scelta terapeutica: il progetto di sorveglianza attiva nel carcinoma della prostata <p>Indicazioni di rete per il consenso informato del paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffusione, discussione critica degli elementi rilevanti e monitoraggio dell'adozione delle indicazioni elaborate dall'associazione italiana di oncologia medica nel documento sul
--	--

	<p>consenso</p> <p>Migliorare le indicazioni per la valutazione alle cure palliative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controllo della presenza nei pdta delle raccomandazioni relative alla valutazione dell'esperto in cure palliative - Monitoraggio della maggior durata attesa dei ricoveri in hospice e delle cure domiciliari <p>Assicurare la continuità delle cure e i rapporti con i direttori di distretto</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discussione periodica con i direttori di distretto delle criticità più importanti rilevate, valutazione delle misure per superarle e monitoraggio della loro adozione <p>Rafforzamento del ruolo del medico di medicina generale nel percorso di cura del paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costante informazione dei medici di medicina generale sulle iniziative della rete con la periodica trasmissione della news informatica - Offerte formative sui punti di stretta collaborazione individuati nel corso degli incontri con i mmg: promozione degli stili di vita per la prevenzione dei tumori, adesione agli screening, diagnosi tempestiva, aiuto al paziente nelle decisioni e nelle scelte terapeutiche, gestione degli effetti collaterali dei trattamenti, gestione del follow up, percorsi riabilitativi, cure palliative - Recepimento nella stesura dei percorsi di cura delle proposte dei mmg per i problemi assistenziali di loro competenza <p>Assicurare la continuità delle cure: il coinvolgimento degli infermieri dei servizi territoriali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conoscenza dei servizi infermieristici presenti nei diversi distretti - Stesura di procedure concordate per la presa in carico assistenziale dei pazienti alle dimissioni ospedaliere <p>Assicurare la continuità delle cure: la trasmissione delle informazioni relative al paziente da parte dei servizi del dipartimento di rete</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicazioni del dipartimento per uniformare i referti delle visite gic e delle prestazioni oncologiche ambulatoriali, le dimissioni dal reparto e dal day hospital <p>Attuazione del progetto di riabilitazione con attenzione alle diverse dimensioni fisiche, emotive, relazionali, familiari e sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicazioni del dipartimento per le diverse tipologie di tumore e per le diverse modalità riabilitative - Coinvolgimento di operatori che al momento non sono stati contattati dal dipartimento per la stesura delle raccomandazioni di loro competenza - Monitoraggio di adozione da parte di gic delle indicazioni elaborate <p>Uniformare il follow up per ciascun tipo di tumore</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stesura delle indicazioni di follow up per ogni tipo di tumore da parte dei gruppi di studio centrali, uno degli obiettivi per la formazione sul campo 2014 - Iniziative informative/formative per promuovere la conoscenza e l'adozione delle procedure suindicate - Monitoraggio della adozione del follow up per i tumori del colon retto <p>Formazione degli operatori alla relazione con pazienti, familiari e accompagnatori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosecuzione degli eventi formativi con lavoro di piccoli gruppi in aula rivolti congiuntamente a medici e infermieri della stessa equipe <p>Informatizzazione della rete SSO</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborazione con l'Assessorato per le decisioni da assumere sugli sviluppi del progetto - Ripresa dei contatti con le aziende sedi della sperimentazione iniziale per valutare la possibilità di funzionamento a regime del sistema - Estensione alle aziende che hanno dichiarato la disponibilità all'utilizzo dello strumento informatico SSO <p>Migliorare l'accoglienza dei luoghi di cura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segnalazione delle migliori pratiche esistenti nelle sedi del dipartimento di rete - Coinvolgimento dell'associazionismo e del volontariato per garantire ulteriori miglioramenti e suggerimenti sull'accoglienza <p>Sensibilizzazione all'attenzione ai sintomi e al loro controllo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetto informativo rivolto agli operatori dei gic, ai mmg e agli infermieri per le parti di rispettiva competenza - Trattamento prioritario di un sintomo: il vomito ritardato; monitoraggio per valutare la ricaduta di un progetto formativo specifico sulla efficacia del controllo del sintomo <p>Riduzione di interventi diagnostico terapeutici negli ultimi giorni di vita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione nelle diverse realtà ospedaliere degli interventi a cui sono sottoposti i pazienti negli ultimi giorni di vita - Interventi formativi per ridurre la prescrizione di interventi futili, se non dannosi - Monitoraggio della riduzione attesa di tali interventi che prefigurano l'accanimento terapeutico <p>Formazione dei volontari che prestano servizi direttamente rivolti ai pazienti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promozione di momenti formativi che consentano la selezione corretta dei volontari - Iniziative di sostegno ai volontari in attività e verifica della loro validità <p>Valorizzazione dei servizi offerti dai volontari</p> <ul style="list-style-type: none"> - Censimento per meglio conoscere i diversi servizi attualmente forniti per opera dei volontari e informazione ai cittadini sulla loro fruibilità - Documentazione sul sito di rete dei servizi di trasporto e modalità per accedervi <p>Prosecuzione del progetto protezione famiglia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicazioni migliorative delle attività, redatte dal comitato istituito nel 2013 - Monitoraggio della loro adozione e della ricaduta sui servizi offerti - Valutazione della fattibilità di estensione del progetto ad altre aziende del dipartimento <p>Progetto di cooperazione con Zenica (Bosnia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi per completare il progetto previsto - Costituzione di una commissione per mantenere rapporti e scambi collaborativi <p>Coordinamento degli interventi delle/degli assistenti sociali di riferimento dei cas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controllo dell'avvenuta segnalazione dell'assistente sociale di riferimento da parte di ciascun cas - Riunione periodica degli operatori segnalati per fissare comuni procedure di intervento. Coordinamento degli interventi delle/degli psicologhe/psicologi di riferimento dei cas - Controllo dell'avvenuta segnalazione dello
--	--

	<p>psicologo/psicologa di riferimento da parte di ciascun cas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riunione periodica degli operatori segnalati per fissare comuni procedure di intervento <p>Ospedali e strutture sanitarie senza fumo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica dei risultati ottenuti nelle aziende partecipanti - Iniziative per estendere ad altre aziende il progetto <p>Prendersi cura di chi cura: estensione agli operatori dei progetti sui cambiamenti dello stile di vita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progetto con i medici competenti per una collaborazione che trasformi le visite periodiche degli operatori sanitari in occasioni di cambiamento di stile di vita ed in momenti preventivi oncologici - Il “fit-walkinkg leader” dei GIC: progetto formativo in collaborazione con la medicina dello sport <p>Prendersi cura di chi cura: la prevenzione del burnout</p> <ul style="list-style-type: none"> - Censimento delle iniziative in corso nelle Aziende per la prevenzione del burnout in ambito sanitario - Progetto in collaborazione con la rete di psiconcologia per promuove iniziative specifiche per gli operatori in ambito oncologico <p>Oncologia ecologica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riduzione degli esami ridondanti ed inutili, con la prosecuzione del progetto “top five” - I limiti e i rischi di ogni azione terapeutica: le ennesime linee di chemioterapia e la loro inappropriatazza al di fuori di studi clinici - Interventi formativi ad una diversa relazione con pazienti e familiari, acquisendo la capacità di saper rinunciare ai trattamenti futili <p>Promozione della salute</p> <ul style="list-style-type: none"> - Censimento dei progetti aziendali di promozione della salute e di interventi preventivi in ambito oncologico. Iniziative per farli conoscere, diffondere le buone pratiche, coordinare le attività - I luoghi di cura come occasione di promozione della salute per i famigliari e gli accompagnatori <p>Attenzione ai rischi per il paziente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stesura di raccomandazioni per gli esami da eseguire prima delle scelte terapeutiche e durante e dopo i trattamenti - Gli esami per accertare i pazienti infetti da virus dell’epatite B e C e conseguenti provvedimenti - Diffusione e monitoraggio delle raccomandazioni circa i rischi cardiovascolari redatte dal relativo Gruppo di studio - Coinvolgimento dei rispettivi specialisti per redigere le raccomandazioni relative alla gestione delle tossicità di interesse pneumologico, nefrologico, dermatologico, neurologico, gastroenterologico <p>Prevenzione e rischio degli stravasi: procedure organizzative per l’impianto dei diversi cateteri venosi e raccomandazioni per la gestione degli stravasi</p> <p>I problemi etici in oncologia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di una Commissione del Dipartimento per cominciare a discuterne ed elaborare documenti - Pubblicizzazione della documentazione prodotta <p>Compiti medico-legali degli operatori del Dipartimento di Rete</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicazioni per la compilazione del certificato informatico per la richiesta di invalidità civile del paziente oncologico - Indicazioni per le segnalazioni agli enti competenti dei tumori a sospetta induzione da esposizione professionale
--	--

	Promozione della motivazione del senso di appartenenza alla rete <ul style="list-style-type: none"> - Organizzazione di incontri locali per diffondere la bussola dei valori, rivolti agli operatori e ai cittadini - Richiesta alle singole realtà della rete di approfondire senso e modalità di realizzazione di uno dei valori della bussola - Ulteriore sviluppo in senso partecipativo del sito di rete
OBIETTIVI	Giungere all'attuazione di un modello definitivo di rete, attraverso il coordinamento delle attività delle Aziende Sanitarie regionali.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Continui
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero dei corsi di formazione degli operatori effettuati/numero di corsi previsti 2. Numero di Aziende in cui viene effettuato il monitoraggio delle attività/ numero delle Aziende Sanitarie regionali 3. Numero degli incontri locali effettuati/numero degli incontri previsti 4. Verifica dei percorsi adottati nelle singole Aziende per i diversi tumori
RISULTATI ATTESI	Perseguimento dell'appropriatezza nei percorsi assistenziali dei pazienti affetti da patologia tumorale

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL
201	TO 1	432.508,31
202	TO 2	380.814,27
203	TO 3	529.087,87
204	TO 4	469.797,36
205	TO 5	279.744,09
206	VC	157.327,87
207	BI	156.650,81
208	NO	315.374,29
209	VCO	155.045,15
210	CN 1	379.275,32
211	CN 2	154.893,69
212	AT	187.145,78
213	AL	402.335,20
904	AO San Luigi	0,00
905	AO Maggiore	0
906	AO S. Croce e Carlé	0,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	0,00
908	AO Mauriziano	0,00
909	AO Città della Salute	0,00
TOT		4.000.000,00

LINEA PROGETTUALE 6. RETI ONCOLOGICHE

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

GENERALITÀ

REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n. 34-5663 del 16.04.2013
LINEA PROGETTUALE	6. RETI ONCOLOGICHE
TITOLO DEL PROGETTO	Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative
DURATA DEL PROGETTO	Continua
REFERENTE	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€3.300.715,00 (importo relativo all'esercizio 2014)
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2014	€3.300.715,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	0

IL PROGETTO

CONTESTO	Tutto il territorio regionale e parte del territorio nazionale
DESCRIZIONE	<p>Si offre alle giovani donne per le quali è prevista una terapia potenzialmente dannosa sulla funzione riproduttiva, la possibilità di raccogliere e conservare tessuto gonadico a fini riproduttivi.</p> <p>Prosegue l'attività del gruppo di studio regionale, in cui sono rappresentate le diverse componenti sanitarie coinvolte: ginecologi, endocrinologi, oncologi, biologi della riproduzione, epidemiologi, psicologi e centro regionale trapianti.</p> <p>Tale gruppo ha il compito di:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) definire le patologie che danno origine al percorso di conservazione del tessuto gonadico o delle cellule germinali b) definire sul territorio regionale l'epidemiologia di tali patologie; c) indicare il percorso di presa in carico della paziente; d) Definire la rete dei centri che possono intercettare e a cui riferire sul territorio regionali le pazienti con tali patologie; e) Dotarsi di un sistema informativo per la raccolta e tracciabilità dei dati, che sia disponibile in modalità web-server a tutti gli snodi della rete f) Individuare le strutture di raccolta e conservazione del tessuto ovarico o di cellule germinali, indicando gli standard che occorre siano garantiti g) Programmare l'accreditamento e certificazione di qualità

	<p>della biobanca</p> <p>h) Avviare un percorso di formazione per gli operatori della sanità coinvolti</p> <p>L'operatività della Biobanca si inquadra nei percorsi del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, ai fini della presa in carico globale e continua delle bambine e delle giovani donne affette da qualsivoglia neoplasia.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivi qualitativi</p> <p>1. Offrire un percorso omogeneo e condiviso per le giovani donne a rischio della funzione riproduttiva che potrebbero beneficiarsi della conservazione di tessuto gonadico o di cellule germinali</p> <p>Non vi sono elementi di certezza che in Regione Piemonte per tutte le donne a rischio di "ovarian failure" per cause farmacologiche o terapeutiche siano offerte opzioni omogenee a riguardo.</p> <p>Si vuole attivare un percorso in grado di:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. intercettare tutte le donne che presentino queste necessità 2. offrire loro opzioni omogenee 3. attraverso una rete di professionisti che operano nelle strutture del SSR 4. con documenti e linee guida condivisi 5. in strutture qualificate 6. che possa contare su una struttura di conservazione adeguata e con standard di qualità <p>2. Allestimento di una biobanca dedicata</p> <p>Presso il polo AOU Città della Salute e della Scienza di Torino (CSS) è già in fase di progettazione una Biobanca di materiale Biologico, sostanzialmente però dedicata a scopi di diagnosi e non di terapia. Presso la stessa Azienda sono attive 5 delle 6 Banche di tessuto della Regione Piemonte, che hanno quasi tutte un compito anche di conservazione del materiale biologico di pertinenza a fini terapeutici. Anche per le banche di tessuto, è in fase di studio presso la AOU CSS un progetto di integrazione, al fine di migliorare la qualità e ridurre i costi.</p> <p>La biobanca di riferimento per il tessuto ovarico e di cellule germinali è collocata presso il Presidio S. Anna.</p> <p>Occorre con i diversi attori coinvolti condividere un piano di intervento che porti alla realizzazione di un unico polo di conservazione di materiale biologico sia a scopo diagnostico sia a scopo terapeutico presso AOU CSS che dia garanzia di qualità</p> <p>Obiettivo quantitativo</p> <p>Si intende avviare la procedura di conservazione di tessuto gonadico e cellule germinali per tutte le pazienti che ne abbiano indicazione</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2014
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ol style="list-style-type: none"> 1. realizzazione PDTA 2. Analisi epidemiologica 3. realizzazione di un software dedicato 4. realizzazione di una Biobanca 5. certificazione della Biobanca 6. 20% della stima di donne attese conservano il proprio tessuto (40% il secondo anno)
RISULTATI ATTESI	presa in carico globale e continua delle bambine e delle giovani donne

affette da qualsivoglia neoplasia.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è ripartito agli Enti del SSR in coerenza con quanto assegnato con la DGR 38-812 del 22/12/2014.

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Cod. Az	Descrizione Azienda	Importo in euro
	Criterio	Aziende interessate
201	TO 1	
202	TO 2	
203	TO 3	
204	TO 4	
205	TO 5	
206	VC	
207	BI	
208	NO	
209	VCO	
210	CN 1	
211	CN 2	
212	AT	
213	AL	
904	AO San Luigi	
905	AO Maggiore	
906	AO S. Croce e Carlé	
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	
908	AO Mauriziano	
909	AO Città della Salute	3.300.715,00
TOT		3.300.715,00

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Prospetti riepilogativo riparto fondo anno 2014 (Fonte DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014 e Interventi declinati in allegato 1)

Riparto Progetti di PSN - Anno 2014 (L 662/96) - Anno 2014 (Valori in €)						
Cod. Az	Descrizione Azienda	RIPARTO				TOTALE RIPARTO
		Ripartizione in base alla popolazione Totale ASL	Ripartizione in base alla popolazione per CAP	Ripartizione in base alla popolazione > 65	Ripartizione in base a criteri specifici	
201	TO 1	8.846.321,68	-	2.421.624,43	-	11.267.946,11
202	TO 2	7.788.996,14	-	1.900.637,57	1.999.696,80	11.689.330,51
203	TO 3	10.821.714,62	1.052.345,97	2.631.699,46	-	14.505.760,05
204	TO 4	9.609.014,47	934.850,54	2.319.438,78	5.000,00	12.868.303,79
205	TO 5	5.721.754,06	-	1.328.952,92	634.696,80	7.685.403,78
206	VC	3.217.910,41	317.429,46	874.657,48	5.000,00	4.414.997,35
207	BI	3.204.062,05	-	890.323,50	-	4.094.385,55
208	NO	6.450.517,42	626.823,52	1.484.842,39	-	8.562.183,33
209	VCO	3.171.220,58	-	827.485,98	-	3.998.706,56
210	CN 1	7.757.519,23	755.224,77	1.863.698,13	-	10.376.442,13
211	CN 2	3.168.122,67	-	750.119,32	-	3.918.241,99
212	AT	3.827.791,73	-	993.202,84	-	4.820.994,57
213	AL	8.229.175,04	813.325,74	2.292.789,20	-	11.335.289,98
904	AO San Luigi	-	-	-	634.696,80	634.696,80
905	AO Maggiore	-	-	-	-	0,00
906	AO S. Croce e Carlé	-	-	-	5.000,00	5.000,00
907	AO S. Antonio/Biagio/Arrigo	-	-	-	639.696,80	639.696,80
908	AO Mauriziano	-	-	-	5.000,00	5.000,00
909	AO Città della Salute	-	-	-	5.198.179,80	5.198.179,80
TOT		81.814.120,10	4.500.000,00	20.579.472,00	9.126.967,00	116.020.559,10

Ai fini della rendicontazione si ribadisce, che le risorse vincolate assegnate con la DGR n.38-812 del 22 dicembre 2014 potevano essere utilizzate per l'esercizio 2014 non solo per gli obiettivi di piano declinati in allegato 1, ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del Patto della salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea ed in coerenza ai programmi operativi approvati.

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2013: Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale Art. 1 commi 34 e 34 bis della Legge n.662 del 23 dicembre 1996

- **Linea Progettuale 1: Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi**

Denominazione Progetto: Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Il progetto si è sviluppato nel corso del 2013 su due versanti:

- 1) avvio della sperimentazione regionale sui Centri di Assistenza Primaria (CAP), come previsti e configurati dalla D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012 e nelle sedi indicate nel progetto stesso;
 - 2) ricognizione delle forme associative della medicina generale operanti sul territorio regionale ad integrazione della rete aziendale CAP.
- 1) Nel corso del 2013 si è dato avvio alla sperimentazione regionale CAP con l'attivazione di n. 6 progetti (su n. 7 ammessi alla fase sperimentale), come elencati e descritti nell'allegata Tabella 1: 1 nell'Area sovrazonale Torino Nord Ovest e 1 nell'Area Nord Est, 1 nell'Area sovrazonale Piemonte Sud Ovest, 1 in provincia di Vercelli, 1 in provincia di Novara (Area sovrazonale Piemonte Nord Est) e 1 in provincia di Alessandria (Area sovrazonale Piemonte Sud Est).

Il monitoraggio dell'attività svolta e dei risultati raggiunti attraverso la sperimentazione regionale avviata nel corso del 2013 è quello relativo ai seguenti progetti:

- CAP di Arona, nell'A.S.L. di Novara, Distretto di Arona-Borgomanero;
- CAP di Avigliana, nell'A.S.L. To3, Distretto di Susa.

Tale monitoraggio è descritto nell'Allegato A facente parte integrante della presente relazione.

Gli altri progetti sono invece stati attivati sul finire del 2013 e pertanto i risultati di attività, come sintetizzati nell'allegato prospetto riassuntivo di cui alla Tabella 2 e tabella 2 bis, sono riscontrabili nell'anno successivo.

- 2) Contestualmente alla sperimentazione regionale dei CAP, quali forme organizzative complesse dell'assistenza primaria, operanti in forma multifunzionale e multiprofessionale nell'ambito di strutture aziendali (ex presidi ospedalieri in fase di riconversione e presidi polifunzionali distrettuali), nel corso del 2013 la rete delle forme associative MMG/PDLS ha garantito l'erogazione dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa sul territorio, ad integrazione della rete CAP.

Nelle more dell'adozione dei nuovi ACN e relativi AIR, come previsti dall'art. 1, lett. 6 della L. n. 189 dell'8.11.2012, attraverso tale rete (come illustrata nella Tabella 3) sono state poste le basi per l'avvio del processo di riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria, come previsto dal presente progetto ed in attuazione della seguente normativa nazionale:

- art. 1 della legge stessa che, nell'individuare gli interventi finalizzati al riordino dell'assistenza sanitaria territoriale in forma integrata con il sociale e con i servizi ospedalieri, disciplina l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali delle cure primarie;
- "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" di cui all'Accordo Stato-Regioni del 7.2.2013 che disciplina gli interventi finalizzati ad assicurare la continuità delle cure primarie nell'arco dell'intera giornata.

Per quanto attiene alla medicina generale, le forme associative disciplinate dal vigente AIR di cui alla D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006 e s.m.i., articolate nelle tipologie medicina in associazione, medicina di gruppo e medicina in

rete, alla data del 31.12.2013 coinvolgevano a livello regionale circa l'83% dei MMG, ai quali corrispondeva l'86,5% del totale degli assistiti.

Sul versante della pediatria, le forme associative coinvolgevano il 62% dei PDLs a copertura del 64,5% degli assistiti.

In particolare, la progressiva tendenza alla contrazione dell'associazionismo semplice verso le altre tipologie associative, manifestatasi a partire dal 2009, ha evidenziato la necessità di definire un percorso di superamento di tale forma associativa. Inoltre la sperimentazione regionale relativa ai Gruppi di Cure Primarie (GCP.) avviata nel 2009 ha comportato un implemento dell'associazionismo nella tipologia Medicina di Gruppo in cui sono confluiti gran parte degli ex GPC una volta conclusa la sperimentazione il 31.12.2011.

Le equipe territoriali/AFT hanno coinvolto, nell'anno 2013:

- il 98% del totale dei MMG, per un totale di 232 equipe territoriali;
- il 99,5% del totale dei PDLs, per un totale di 37 equipe pediatriche/AFT.

Nell'ambito dei Programmi Operativi regionali di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 14, Azione 14.3.1, è prevista la riconsiderazione del ruolo e della connotazione delle equipe territoriali ed il loro riorientamento in direzione delle nuove forme organizzative monoprofessionali AFT, *“come contesto del governo clinico e del coordinamento dell'assistenza primaria sul territorio con attribuzione di precisi obiettivi quantificabili e misurabili a cui commisurare, solo se raggiunti, i relativi compensi incentivanti”*.

Oltre ai CAP in fase di sperimentazione, la rete delle cure primarie delle ASL, alla data del 31.12.2013, era integrata dalle seguenti forme organizzative multiprofessionali:

- Case della Salute ed ex GCP avviati nell'ambito della sperimentazione regionale di cui alla D.G.R. n.57-10097 del 17.11.2008 e conclusasi il 31.12.2011, oppure a livello aziendale: nelle maggior parte dei casi l'attività di tale forme organizzative è proseguita nella configurazione di medicina di gruppo garantendo, nella stessa sede, l'integrazione con le attività infermieristiche, diagnostiche e specialistiche, nonché con le aree socio-sanitarie della domiciliarità e residenzialità.
- Ospedali di comunità con sede in Varallo (ASL VC) e Demonte (ASL CN1)

Prospettive di sviluppo del progetto negli anni 2014-2015

Le nuove forme organizzative delle Cure primarie, nella configurazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e di Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), come individuate e definite dalla sopra indicata normativa nazionale, sono tendenzialmente destinate a garantire, nel nuovo disegno organizzativo regionale definito con D.G.R. 26-1653 del 29.6.2015, l'erogazione dell'assistenza primaria su tutto il territorio, attraverso la gestione collaborativa ed integrata del paziente e dei suoi percorsi assistenziali.

Nell'ottica di realizzare l'uniformità assistenziale su tutto il territorio, in coerenza con le strategie di governo e di programmazione aziendale e distrettuale, le nuove forme organizzative delle Cure primarie sono destinate ad assorbire e a sostituire, in un disegno di rete organicamente articolato e accessibile nelle diverse aree del territorio, coordinato con il livello ospedaliero, tutte le forme associative monoprofessionali e multiprofessionali, gestionali e funzionali, oggi esistenti nel panorama territoriale.

Come previsto dal vigente Patto per Salute, art. 5, comma 3, *“entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN”* e comunque entro il periodo di vigenza del Patto, *“le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni”*.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 20.629.473 (1)
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 21.767.605, di cui:
 - Spesa totale 2013 sostenuta per i CAP: € 3.120.844 (2)
 - Spesa totale 2013 sostenuta per forme organizzative ed associative MMG/PDLs (associazioni semplici, gruppi e reti, ex gruppi di cure primarie/case della salute), identificate quali forme di collaborazione monoprofessionale e multiprofessionale, riconvertibili nelle nuove forme organizzative previste nel progetto (AFT e team multiprofessionali/UCCP): € 18.646.061

Inoltre:

- Spesa totale 2013 sostenuta per il finanziamento delle equipe territoriali/AFT MMG/PDLs: € 23.794.666
- Spesa totale 2013 sostenuta per PDTA pazienti cronici e modello di Gestione Integrata del Diabete (GID): € 6.224.184

Note

(1) Incluse le quote destinate ai progetti “Farmacia dei servizi” e “Farmacia di comunità”, non attivati nelle more della definizione della normativa regionale di riordino della rete territoriale (D.G.R. n. 26-1693 del 29.5.2015) e dei connessi adempimenti.

(2) A fronte di una spesa stimata di € 4.500.000 riferita all'attività annuale di 7 progetti CAP, incluso il CAP di Venaria, il cui avvio è stato sospeso e rinviato alla fase attuativa della D.G.R. n. 26-1693/2015 sul riordino della rete territoriale e delle forme organizzative delle cure primarie.

Tabella 1

ASL	Diretto in cui si sviluppa il progetto CAP	Riconversione strutturale/gestionale				Aspetti organizzativi dell'assistenza primaria					Progettazione rete informatizzata e dotazione				15. Costo CAP anno 2013	Indicatori per la valutazione andamento/risultati del progetto	Data di attivazione C.A.P.
		1. Ubicazione Sede CAP	2. Riconversione di strutture ospedaliere/territoriali	3. Riutilizzo di spazi, per sede CAP, res. disp. da riconversioni	4. Riallocazione di specialisti già erogati in altre sedi (oltre al Servizio di C.A.)	5. Aree funzionali individuate	6. Modalità per il coinvolgimento del MMG/PDLS/fore associate a copertura attività CAP h 12	7. Copertura organica giornaliera garantita MMG/PDLS	8. Modalità per coordinamento attività MMG con C.A. per h24	9. Modalità di raccordo con il sistema dell'emergenza-urgenza	10. Modalità di coordinamento con il Nucleo distrettuale di continuità delle cure ex DGR 27-3627/2012	11. Modalità di coordinamento con i S.S.A. e socio-sanitari distrettuali	12. Progettare per rete informatizzata fra cure primarie e altri sistemi operativi aziendali	13. Riutilizzo di risorse tecnologiche/strumentali della rete			
T04	Cougnè	Ospedale di Castellamonte, nell'ambito del PP.RR. di Irea, Cougnè, Castellamonte (già presidio territoriale, n.51 p.l. RO post acuzie/riabilitazione, n.4 p.DH). Non presente P.S. (1)	La riorganizzazione logistica del P.O. di Castellamonte per la sede CAP prevede: piano ambulatori/ambulatori riabilitazione + locali tecnici; piano terzo: portineria, CAP (4 ambulatori medici, infermeria, ufficio ammu. di accettazione, sala d'attesa, sala di osservazione clinica, amb. guardia medica), Radiologia, CUP, Sportello unico S.S. a area socio-sanitaria; centro prelievi; piano 1°: dialisi; piano 2°: day service FKT; piano 3°: consultorio NPI. Lavori di adeguamento da completarsi entro dicembre 2013.	Accesso (servizi ammu. e distrettuali, sportello unico socio-sanitario); asa primaria (MMG/PDLS); assistenza specialistica e diagnostica di primo livello a supporto di prestazioni indifferibili; area PDTA per patologie croniche; sorveglianza temporanea durma; attività riabilitative; area ammu. Approvato Accordo d'integrazione con l'area specialistica amb. re ospedaliere (laboratorio analisi di Irea, Radiodiagnostica Irea, Cardiologia di Cine-Irea) e convenzionata (gottambulatori di Castellamonte, Riverolo, Cougnè, Caluso).	Adesione al progetto da parte dell'equipe ter. di Castellamonte (n. 12 MMG + 1 PDLS). Approvato sottoscritto atto di adesione del MMG dell'equipe al progetto CAP (25.9.2013)	Fase sperimentale (solo ambito subsidiari Castellamonte): turni di 7 ore/giorno (n.1 MMG X 7 h)gi. A regime (distretto di Cougnè): turni di 6 ore/giorno per n. 2 MMG+PDLS. Orario MMG: lunedì 9:00-12:00/15:00-19:00. A regime: lunedì: 8:20-00. Il n. di MMG operanti nel CAP sarà variabile in base alle disponibilità espresse dai singoli MMG e alle esigenze concordate con il Distretto e alle eventuali ulteriori adesioni da parte di MMG delle altre aree del distretto di Cougnè.	Attività presente nel CAP	Già esistente un protocollo operativo tra il P.O. di Castellamonte e il P.O. di Cougnè, modificato e integrato per includere il CAP. Approvato protocollo per il collegamento operativo del CAP con il sistema di emergenza-urgenza.	Prevista sperimentazione di forme di telediagnosi/teleconsulti e l'applicazione di percorsi per dimissioni protette da domicilio e/o da acuzie, con utilizzo di p.l. dedicati per la C.A. Approvato protocollo di integrazione del CAP nel percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio ex DGR 27/2012.	Sportello unico socio-sanitario quale antenna con la presenza e integrazione con i servizi sociali (prot. d'intesa ASL/CSS 38).	Già presente a livello aziendale una rete informatica per il collegamento fra le banche dati dell'ASL, che sarà interfacciata con quella già oggi dedicata al MMG.	Tutte le risorse impiegate nel progetto sono proprie della rete aziendale	Tecologie per telemedicina e teleconsulti per MMG/PDLS	€ 37.370	Previsi indicatori di valutazione del progetto, quarto a struttura, processo e risultato (v. art. 7 Regolamento)	Del. D.G. n. 888 del 5.11.2013 per l'ave a funzionamento del CAP e adozione degli atti og.v e gemini. Apertura: 7.1.2014. Fase sperimentale: prevista per un periodo di 6/9 mesi.	
T03	Susa	P.O. Sant'Agostino di Avigliana, Via Sant'Agostino, 5.	Con avvio CAP riorganizzazione as.s. specialista nel distretto di Susa, con concentrazione della stessa prevalentemente nel poliambulatorio del P.O. di Susa e nel CAP.	Accesso/sportelli polivalenti/sportello unico socio-sanitario; assistenza primaria (MMG/PDLS); ambulatorio MMG/Richiesta indifferibili (prima risposta e/o indirizzo alle situazioni di bassa gravità per ricondurre i pz nel PDTA relativi ai rispettivi bisogni); Centro prelievi(TAO, C.A., Postazione 118 NSA), area specialistica (18-20 amb., per circa 18 branche specialistiche garantite in fasce orari predefinite nell'arco delle 12 ore giornali, da lu a ve), Servizio RRF, Cure domiciliari, assistenza infermieristica (12 ore la-ve ipot. anche festi. e pre-festi.); sorveglianza temporanea durma (MMG/PDLS), Ufficio educazione sanitaria e promoz. della salute, Servizio controllo malattie infettive e vaccinazioni, consultorio familiare, Servizio di radiologia e screening mammografico (progetto Prev.Serena), ambulatori per I.p. intra-moenia. Tali servizi vengono aggregati nelle aree funzionali previste dalla DGR 26-3627/2012.	Convolgimento su base volontaria, con priorità per le relative di gruppo/associazione/rete già esistenti. Costituito tavolo tecnico ASL, org. MMG/PDLS, C.A. e SAI per la disciplina di attività, compiti, risorse/oneri economici per la piena attivazione del CAP. Attività CAP a favore di tutti i cittadini dell'ASL nonché persone temporaneamente presenti sul territorio.	Disponibilità di 8 studi medici per l'operatività di n. 16 MMG/PDLS - presenza medica duma articolata nell'arco delle 12 ore festali e 6 nei pre-festivi. Previste turnazioni di 3, 4 o 6 ore, secondo la disponibilità del singolo medico da concordare con il distretto.	Postazione di C.A. all'ocata nel CAP, con presenza di due medici in tempo turni/week-end-test.	Approvato protocollo di integrazione del CAP nel sistema dell'emergenza-urgenza (DEA di Rivoli). Presenza di postazione MSA (Mezzo di accettazione) nel nucleo dist. di 118 che si aggiunge a quella già presente nel distretto di Gaveno, in grado di iniziare le procedure di stabilizzazione ed effettuare prestazioni in sicurezza, previa valutazione del luogo più idoneo cui indirizzare il paziente in considerazione della patologia evidenziata.	Nell'ambito dell'area dedicata all'assistenza primaria viene assicurata la gestione integrata, nell'arco delle 12 ore/giorno, tra nucleo dist. di continuità delle cure (NDCC), MMG/PDLS e specialisti amb/ospedali, della presa in carico e stabilizzazione di prestazione temporanea in sicurezza, previa valutazione del luogo più idoneo cui indirizzare il paziente in considerazione della patologia evidenziata.	Prevista area dedicata ai servizi socio-assistenziali del distretto (PASS; punto di accoglienza socio-sanitario, Servizio di Cure domiciliari all'ocato nel CAP, ipotesi di realizzazione RSA a seguito della dismissione dei servizi di R.O. (secondo piano dello stabile), percorso riabilitativo-ass. e post ricovero.	Prevista reingegnerizzazione delle reti e dei software attualmente disponibili nell'ASL per la gestione in rete, in un ambiente comune, dei dati clinici dei pazienti e la condivisione del fascicolo socio-sanitario fra ospedale, distretto e MMG/PDLS. Soprattutto implementazione portale ECVMED, già utilizzato per la medicina generale, che consente la registrazione delle prestazioni effettuate e/o la visione delle informaz. sanitarie esse disponibili dalle strutture collegate.	Riutilizzo di strumenti radiologici tradizionali ed ecografici prima a disposizione dell'ospedale; mantenimento attività di screening mammografico ex progetto di prevenzione Serena.	€ 480.000	Previsi indicatori di processo e di risultato (v. punto 7 del progetto)	2.9.2013		
T03	Venaria	P.O. di Venaria Reale, Piazza Annunziata 4. Completamente ricoverato in Presidio Sanitario Territoriale. Il CAP occupa il 1° piano.	Sportello unico (CUP), centro prelievi, amb. specialistici (allergologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, urologia), amb. infermieristico, sede cure ammu., URG/UMVD, Punto Unico di Accoglienza s.s., Servizio C.A., oggi ubicati in altra sede.	Accesso/sportelli polivalenti/sportello unico socio-sanitario; assistenza primaria (MMG/PDLS); ambulatorio MMG/Richiesta indifferibili (prima risposta e/o indirizzo alle situazioni di bassa gravità per ricondurre i pz nel PDTA relativi ai rispettivi bisogni); Centro prelievi(TAO, C.A., Postazione 118 NSA), area specialistica (18-20 amb., per circa 18 branche specialistiche garantite in fasce orari predefinite nell'arco delle 12 ore giornali, da lu a ve), Servizio RRF, Cure domiciliari, assistenza infermieristica (12 ore la-ve ipot. anche festi. e pre-festi.); sorveglianza temporanea durma (MMG/PDLS), Ufficio educazione sanitaria e promoz. della salute, Servizio controllo malattie infettive e vaccinazioni, consultorio familiare, Servizio di radiologia e screening mammografico (progetto Prev.Serena), ambulatori per I.p. intra-moenia. Tali servizi vengono aggregati nelle aree funzionali previste dalla DGR 26-3627/2012.	MMG Operanti nel distretto 61 MMG + 12 PDLS. Coinvolgimento su base volontaria di 20 MMG + 6 PDLS, con priorità per le forme associative già costituite nell'ASL. Coinvolgimento in via prioritaria di MMG e in via secondaria di M.C.A. Attività CAP nei confronti tutti i cittadini dell'ASL nonché persone temporaneamente presenti sul territorio. CAP Avigliana e Venaria: approvata procedura ASL per individuazione del MMG/PDLS operanti nel CAP.	Lu-ve: 8:20, sa/prefesti: 8:00-14:00. Turni MMG di 3,4 o 6 ore, secondo la disp. di ogni singolo medico.	Servizio C.A. trasferito nel CAP	Approvato protocollo di collegamento operativo fra il sistema delle Cure Primarie e il sistema dell'emergenza-urgenza (DEA di Rivoli). Al piano sottostante il CAP (piano terra) rimane attivo, fino alla completa attivazione del Centro, il P.P.L. Ore 8:00-20:00 (chiusura P.S. dal 31.12.2013). Autorizzata l'attivazione di una postazione medicalizzata 118 presso la sede del CAP.	Approvato protocollo per l'integrazione del CAP nel sistema di continuità assistenziale ex DGR 27/2012.	Approvato protocollo di raccordo del CAP con l'area socio-sanitaria. Punto Unico di Accoglienza socio-sanitario, già ubicato presso il distretto e per cui si prevede in trasferimento nel CAP. Attivi al 1° piano 40 p.l. di C.A. (dal 31.12.2013) a seguito di chiusura reparti di Medicina e Lungodegenza.	Tutte le prestazioni erogate dal CAP sono annodate su apposito archivio informatizzato (portale ECVMED). Da implementare il collegamento in rete fra i medici CAP e le strutture di riferimento dell'ASL, per condivisione cartella clinico-assistenziale del pz. La reingegnerizzazione delle reti e dei software disponibili nell'ASL verrà avviata con risorse prof. il interne. Problemi: attuale informatizzazione parziale e disomogenea degli studi MMG/PDLS	Riutilizzo di strumenti radiologici tradizionali ed ecografici già attualmente a disposizione dell'ospedale; mantenimento attività di screening mammografico ex progetto di prevenzione Serena.	€ 480.000	Previsi indicatori di processo e di esito (v. allegato al progetto)	Del. D.G. n. 2994 del 7.11.2013, avvio dell'1.3.2014, ulterioremento posticipato (2)		
VC	Vercelli	Santità, Via Matteotti, 24	Il progetto prevede la centralizzazione logistica delle Cure Primarie nel P.S.P. di Santità quale struttura già dotata di ambulatori specialistici, attività diagnostica, C.A., attività distrettuale (al 1° piano).	Accesso/Sport. Unico, PDTA per patol. croniche (amb. specialistici e supp. inferm.), Assistenza primaria (MMG/PDLS, segreteria, asa inferm.), telemedicina/teleconsulti, C.A., Country hospital, Postazione 118, Area dell'assistenza specialistica e diagnostica; Sorveglianza Temporanea durma (in cura di MMG/PDLS); Riabilitazione, Area socio-sanitaria (cure dom. e UVG), area ammu. Approvato protocollo di raccordo e coordinamento fra CAP e area specialistica ambulatoriale distrettuale e ospedaliere (Del. D.G. n. 383 del 27.3.2013 per accordo integrativo az.le con i medici SAI per specifici progetti svolti dagli stessi anche presso il CAP).	Sottoscrizione di accordo integrativo az.le (Del. D.G. n. 379 del 27.3.2013), con 7 MMG dell'ambito ter. di Santità aderenti al progetto. Attività CAP anche a favore di pz. non propri assistiti, in cambio dell'utilizzo gratuito dei locali az. e delle tecnologie ivi presenti, anche per l'esecuzione dell'attività di assistenza primaria già oggetto della convenzione Libero accesso da parte di tutti i res. it. ASL VC; non res. it.: pagamento prestazioni sulla base del territorio vigente per le prestazioni MMG. Le visite ambulatoriali occasionali a favore di pz. non propri assistiti vengono compensate secondo quanto già previsto negli Accordi az. per il 2013, con le risorse di cui al Fondo Attività Distrettuali (rit. Obiettivo 2).	GG. festali: 9:00-19:00 + contabilità tel. di lavoro; 4,3 MMG in fase di avvio; 4 MMG a regime.	Ambulatorio C.A. già operativo nel PSP	Presente postazione SET 118. Approvato protocollo di collegamento operativo col sistema dell'emergenza-urgenza (118, DEA di riferimento e procedure di ricovero/dimissione, ossenazioni ore)	Approvato protocollo per l'integrazione del CAP nel percorso di C.A. ex DGR 27/2012.	Approvato protocollo di coordinamento con i servizi socio-sanitari distrettuali e socio-assistenziali gestiti dai Comuni. Attivo lo Sportello unico distrettuale socio-sanitario.	Tutte le prestazioni erogate dal CAP sono annodate su apposito archivio informatizzato (portale ECVMED). Da implementare il collegamento in rete fra i medici CAP e le strutture di riferimento dell'ASL, per condivisione cartella clinico-assistenziale del pz. La reingegnerizzazione delle reti e dei software disponibili nell'ASL verrà avviata con risorse prof. il interne. Problemi: attuale informatizzazione parziale e disomogenea degli studi MMG/PDLS	Riutilizzo di strumenti radiologici tradizionali ed ecografici già attualmente a disposizione dell'ospedale; mantenimento attività di screening mammografico ex progetto di prevenzione Serena.	€ 1.574.329	Appropriatezza di gestione dei pz. con patol. oggetto di PDTA; Abbattimento accessi cod.bianchi/verdi in uscita (a un anno dalla sport. CAP); Appropriatezza consumo di farmaci di prima mano (cd. "ProCap"); miglioram. appropriatezza per attività RRF, area per Sport Unico, locali per attività socio-sanitaria e per l'attività ammu.;	Del. D.G. n. 923 del 6.11.2013, avvio della attivazione CAP, con trasformazione del progetto di riorganizzazione delle cure primarie (cd. "ProCap") già avviato a partire dal 6.5.2013. Approvazione Regolamento di funzionamento protocolli operativi.		
NO	Arona	Arona, Via San Carlo, 11	Riutilizzo di spazi dell'ospedale (area dell'accesso e di assistenza CAP nell'area CAP occupata dai P.P. (piano terra) di osservazione, ambulatori specialistici)	Accesso (analisi, elaborazione e indirizzo dei bisogni); CUP; diagnostica di 1° livello MMG/PDLS + C.A.; Compiti: valutazione, esami lab. e radiologici, terapie, controllo quadri clinici, presa in carico cod.bianchi e verdi, osservazione breve, trasferimenti, richieste ricovero, richieste visite specialistiche/diagnostiche non urgenti; specialista/diagnostica e PDTA patologie croniche (radiologia, laboratorio, centro prelievi, n. 5 postazioni centro dialisi ad assistenza intensiva specialistica integrate socio-sanitarie (funzioni sociali Comuni/Consorzio), attività riabilitative (RRF). Coordinamento CAP: 1 medico (MMG/PDLS o specialista) componente tecnico, 1 infermiere nell'ambito dell'equipe; nudo di interfaccia con il distretto e l'ospedale. Previste le modalità organizzative di coordinamento del CAP con la rete collegata (ospedale, territoriale e sociale), sia interna che esterna, per l'erogazione della risposta al bisogno: sanitario, socio-assistenziale, generico.	Operanti nel distretto n.54 MMG+9 PDLS. Coinvolgimento di n. 19 MMG + n. 14 PDLS di tutta l'ASL (75% distretto di Arona). Attività CAP svolta nei confronti degli assistiti dell'ASL NO + domiciliari. Considerata la sperimentazione del progetto, non vengono applicati le riduzioni dei massimali previste dall'ACN.	MMG: 12 h/g gg festali (8-20); 6 h/g gg pre-festivi e festivi (14-20). 1 MMG, oltre a prestare servizio nei proprio amb., sono presenti a turno nella sede CAP che quindi si configura quale struttura complementare e non sostitutiva dell'ordinaria attività ambulatoriale dei medici di famiglia. Presenza del PDLS configurabile in una prima fase come guardia pediatrica presente nei gg. prefestivi con orari 14:00-20, con possibilità di successione di implementare la presenza anche nei giorni festivi. GG. festali: copertura h 8:00-20:00 già garantita sul territorio tramite le associazioni PDLS	Lattività del MMG/PDLS è integrata con quella della C.A., presente in sede dal 1° al 1° ve ore 20:00-8 dalle 10:00 del sabato fino alle 8:00 del successivo. Quindi CAP attivo 7 gg. su 7	Mantenimento postazione del Servizio di Emergenza Territoriale 118 (R24) con ambulanza medicalizzata, già presente nel P.O. di Arona. Del. DG 94/10/2012: approvaz. protocollo di collegamento operativo CAP con sistema emergenza-urgenza (ambito extra-ospedaliero: C.O. 118 del AOU di NO, postazioni mezzi di soccorso avanzato di NO, Gallesse, Borgomanero; ambito ospedaliero: DEA 2° liv. dell'AOU NO + DEA 1° liv. ASL NO + P.O. di Borgomanero), P.P.I. di Arona chiuso dal 14.12.2012.	Progetto ASL sul percorso di C.A. ospedale-territorio presentato ai sensi della DGR 27/2012 e integrato, per quanto attiene alle funzioni extra-ospedaliere: C.O. 118 del 10.12.2012. Definiti nudo e funzioni del CAP nell'ambito del percorso di presa in carico e c.a. ex DGR 27/2012.	Il CAP rappresenta una porta d'ingresso e un nodo per il raccordo dei servizi sanitari ter. il con le aree Anziani, Malieno Infantili, Salute Mentale e Dipendenza. Progetto per raccordo CAP con Servizi di Cure Domiciliari. Presenza in asa sociale ASL (v. Allegato 4 progetto)	Realizzazione di archivio CAP alimentato mediante utilizzo primario e l'implementazione del portale regionale del MMG (piattafoma reg.le ECVMED, già utilizzata per G.I. Diabete, vaccinaz. ecc.). Il medico di turno dell'ambulatorio CAP accede mediante il portale dell'ECVMED alle informazioni cliniche del pz. e restituisce i condvimenti per informare il medico di famiglia e gli specialisti che seguono il paziente. Es. esami di laboratorio effettuati in sede CAP; servizio trasporto prenotato 3 volte/giorno. Referto laboratorio analisi su portale entro poche ore. V. Allegato 3 progetto	Realizzo supporti diagnostico-strumentali, radiodiagnostica, centro prelievi del P.O. di Arona.	€ 731.005	Previsi: monitoraggio della soddisfazione/esperienza utenti + indicatori di processo e di esito (v. progetto, punto 4). Creazione gruppo di monitoraggio e verifica dell'attività CAP.	Del. D.G. n. 941 del 10.12.2012 per attivazione CAP dal 14.12.2012 (con approvazione regolamento e protocolli operativi)		

ASL	Distretto in cui si sviluppa il progetto CAP	Riconversione strutturale/gestionale				Aspetti organizzativi dell'assistenza primaria					Progettazione rete informatizzata e dotazione				15. Costo CAP anno 2013	Indicatori per la valutazione andamento/risultati del progetto	Data di attivazione C.A.P.
		1. Ubicazione Sede CAP	2. Riconversione e di strutture ospedaliere/territoriali	3. Riutilizzo di spazi, per sede CAP, resi disp. da riconversioni	4. Riallocazione di servizi/attività già erogati in altre sedi (oltre al Servizio di C.A.)	5. Aree funzionali individuate	6. Modalità per il coinvolgimento dei MMG/PDLS/forme associative a copertura attività CAP h 12	7. Copertura oraria giornaliera garantita MMG/PDLS	8. Modalità per coordinamento attività MMG con C.A. per h24	9. Modalità di raccordo con il sistema dell'emergenza-urgenza	10. Modalità di coordinamento con il Nucleo distrettuale di continuità delle cure ex DGR 27-3628/2012	11. Modalità di coordinamento con i S.S.A. e socio-sanitari distrettuali	12. Progetto per rete informatizzata fra cure primarie e altri sistemi operativi aziendali	13. Riutilizzo di risorse tecnologiche/strumentali della rete aziendale			
CNI	Fossano-Savigliano	Il progetto CAP integra il progetto di riconversione del P.O. di Fossano (polo riabilitativo + P.P.I. ex PS; già attivo con del DG n.200 del 14.6.2012 e di cui è stata disposta la chiusura dall'11.10.2013). Il CAP è finalizzato pertanto ad intercettare/recupere la domanda di assistenza che non è di pertinenza del DEA (cod. bianchi e parte verdi).	P.O. di Fossano	Servizio infermieristico distrettuale	Assistenza primaria (MMG/PDLS); ass. specialistica; infermieristica; area amministrativa. Prestazioni: ambulatoriali (classi di priorità U); prest. programmate per pat.croniche(PDTA); prestazioni a valenza s.a., semplici e complesse. Nella prima fase di avvio del progetto, nelle more della valutazione di fattibilità della soluzione rif. nota 3, onde evitare duplicazioni di risposte già erogate sullo stesso ambito territoriale, viene esplicitata in sede CAP la sola medicina d'urgenza/prestazioni sanitarie programmate per le cronicità, mentre le prestazioni di med. d'attesa continuano ad essere erogate negli ambulatori MMG, i quali nell'ambito dell'equipe tem.le e delle tre medicine di gruppo, assicurano già oggi la copertura oraria giornaliera di 12 ore nei gg.feriali e di due ore nei gg. prefestivi. Approvato protocollo di raccordo e coordinamento fra CAP e area specialistica ambulatoriale distrettuale e ospedaliera.	Convolgimento equipe territoriale Medicinesime di Fossano (18 MMG ex C.P. di Fossano). Estensibile anche a tutti gli altri MMG operanti sul territorio. Attività CAP nei confronti degli assistiti del distretto. Del D.G. n. 423 del 7.11.2013 per approvaz. Accordo fra ASL, Cooperativa M.M.G. "Mediग्रandia" -equipe ter.le "Medicinesime" di Fossano per avvo sperim. CAP. Trattandosi di attività sperimentale ai MMG partecipanti al progetto non viene applicata la riduzione del massimale prevista dall'art. 39 ACN	MMG: Lu-ve: 8-20; sabato-festivi: 8-14. PDLS: sabato: 8 ore. Turni MMG di 6 o 12 ore (da concordare con il distretto)	Ambulatorio MMG integrato con Servizio di C.A. collocato all'interno del CAP. I MMG dell'equipe operanti nel CAP redigono giornam. un elenco di casi selezionati particolarim impegnativi, che potrebbero necessitare di una continuità dell'intervento nelle ore notturne e/o nei festivi.	Approvato protocollo di collegamento operativo del CAP col sistema dell'emergenza-urgenza (118, DEA di riferimento e procedure di ricovero, dimissione, ossenziazioni), nonché le regole di comunicazione fra le strutture per la gestione delle situazioni di emergenza.	Definite nell'ambito del progetto ai sensi della DGR 27-3628/2012 (congiunto con l'ASO CNI); il NOCC e il NOCC, in raccordo con il CAP mettono in atto dimissioni protette e presa in carico del pz. fragile in dimiss. ospedaliera, con il coinvolgimento anche dell'Ente gestore s.a.	Il MMG del CAP assicura la loro presenza alle sedute dell'UMVD, unitamente agli specialisti competenti per materia.	Postazioni di lavoro collegate alla rete az.le con accesso ai siti istituzionali (sistema TS, portale reg.le GID e siti inclusi nella white list degli accessi internet az.le). Collegamento consentito con credenziali. Ad ogni utente associato un profilo di accesso.	Dotazione strumentale/tecnologica minima per erogazione di prestazioni di primo livello. Strumenti informatici hardware e software. Distribuzione diretta farmaci e materiali di medicazione		€ 58.275	Pronta disp. telef. e presenza del medico negli orari CAP; presenza servizio C.A. e servizio infermieristico nella sede CAP; analisi trimestr. spesa farmaceutica, ass.protesica, mobilità passiva, accessi in PS cod.bianco; condivi. protocolli con i servizi specialistici aziendali per cure palliative; iniziative di formazione e educazione sanitaria	Del D.G. n. 423 del 7.11.2013 (con approvazione Regolamento e protocolli operativi) per avvio CAP dall'1.12.2013
AL	Valenza	P.O. ex Maurizioano di Valenza.	Riutilizzo di spazi dell'ospedale precedentemente individuati per il P.P.I. Tutte le attività ospedaliere presso il P.O. di Valenza sono cessate nel mese di marzo 2013	Ambulatorio infermieristico. Il CAP è inoltre supportato dai Servizi presenti nel Poliambulatorio del Distretto di Valenza (Radiologia, Punto Prelev. Ass. specialistica amb.le).	Accesso, amb. infermieristico, prelievi sangue, medicazioni, bendaggi. Disponibilità di un p.i. per i casi indifferibili/osservazione temporanea. Il distretto è sede di poliamb. specialistico e di servizio radiologico, che in collegam. con il CAP, consentono di erogare prestazioni afferenti a diverse aree specialistiche e diagnostiche (allergologia, oculistica, dermatologia, chirurgia, diagnostica ecografica addome, radiologia, diagnostica di laboratorio).	GG feriali ore 8.00-16.00, in 2 turni di 4 ore (copertura garantita con medici C.A. Di norma attribuiti 3 turni/mese per ogni medico). Centralino telef. con personale esperto attivo 24 ore su 24	Gestione CAP affidata ai Medici di C.A. Tot. 10 medici (nota 4), integrando l'attività dei MMG negli orari diurni in cui non svolgono attività ambulatoriale. Il Servizio di C.A. ex G.M. ha sede nei locali del CAP ed è in stretto collegam. con i medici CAP. MCA sono presenti con orario continuativo 8-20 e 20-8. Parte del MCA opera anche nelle ore diurne nel CAP.	Redatti protocolli operativi fra CAP e Serv.118 per il trasporto del pz. dopo l'intervento primario effettuato dal medico CAP	Collegamento CAP-NDCC per il servizio infermieristico effettuato dal personale delle Cure dom.ni. Il coordinamento delle attività infermieristiche CAP è svolto dal Coordinatore inferm. CPSE del poliambulatorio distrettuale in collaborazione con i suoi pari delle Cure dom.ni. Collegamento con S.S.A. (tramite lo sportello unico S.S.) per la presa in carico di pz con bisogni sociali e per VMD.	Collegamento con Servizio Cure dom.ni. nella fascia oraria 16-20 l'assistenza infermieristica è integrata da personale del serv. Cure dom.ni e del poliambulatorio specialistico. Nei giorni festivi il servizio infermieristico è connesso al sist.informativo ASL "Medis Office" con cui è possibile condividere i dati clinici, inviare la sintesi clinica ai MMG, consultare le immagini diagnostiche radiologiche e la raccolta dei dati di attività. Attivo nel CAP servizio di telemedicina per la teleferatazione degli ECG da parte degli specialisti del P.O. di Casale M.to. Possibile la condivisione dei dati clinici con il P.O. di Casale M.to quando le condizioni cliniche del pz rendono necessario l'invio dello stesso in una struttura per acuti.	Reimpiegata nel CAP le seguenti risorse: - 2 - defibrillatori - 1 monitor SA 02 - 1 ventilatore polmonare - 2 elettrocardiografi - 2 lampade scialitiche - 1 aspiratore	€ 239.865	Previsti indicatori di attività (numero pz. che richiedono prestazioni CAP correlato all'età ed al tipo di prestazioni richieste (mediche o infermieristiche); indicatori di esito (% direzione codici bianchi/verdi in PS; rapporto fra pz presi in carico e pz dimessi da reparti per acuti, ecc.)	Del D.G. n. 2013/630 del 8.8.2013 per approvazione e avvio progetto CAP.			
Totale Regione													€ 3.126.844				

NOTE:

- (1) Progetto di riconversione ospedaliera: n.12 PL di R.O. RRF riconvertiti in n. 10 p. DH riabilitativo presso l'ala nuova dell'ospedale di Castellamonte; n. 50 PL RO riconvertiti in n. 27 PL di lungodegenza c/o P.O. Cuornò.
- (2) Previsto slittamento data attivazione in quanto, per l'avvio delle consultazioni e trattative con i MMG, si è atteso l'esito del ricorso al TAR presentato dal Comune di Venaria per l'annullamento della D.D. 613 e quindi del progetto CAP nell'ambito dell'ex P.O. di Venaria (Sentenza n.540 del 27.3.2014. Ricorso respinto).
- (3) Giugno 2013: i MMG aderenti all'equipe hanno chiesto all'ASL di riallocare i loro ambulatori all'interno del CAP. L'ASL è favorevole ma occorre studio di fattibilità logistico-strutturale.
- (4) Tali medici sono titolari di incarico a 24 ore ed agli stessi è stato pertanto attribuito il doppio incarico compatibile, ex art. 65 e art. 5 AIR. L'attività di cure primarie attribuita a tali medici viene svolta solo in ambito CAP e nessuno di loro è titolare di scelte.

Prime valutazioni su avvio sperimentazione sulla base delle relazioni di monitoraggio

Tabella 2

Dati generali Centro di Assistenza Primaria (CAP)										
ASL	Sede	Distretto	Struttura ASL oggetto di riconversione	Data avvio progetto/apertura CAP	Provvedimento ASL di attivazione	Giorni e orari di apertura (0)	NN. MMG operanti nel CAP	NN. PDLs operanti nel CAP	Integrazione Servizio C.A.	Fonti informative per rilevazione/valutazione attività erogate
To3	Avigliana	Susa	P.O. di Avigliana. P.P.I.: chiuso il 1.7.2011	02-set-13	Deliberazione D.G. n. 1345 del 17.5.2013	gg. feriali ore 8-20; sabato: ore 8-14	24		presente negli stessi locali	Portale ECWMED (assistenza primaria); fonti informative (tracciati-flussi) di rilevazione corrente
To4	Castellamonte	Cuornè (1)	Presidio Sanitario di Castellamonte	07-gen-14	Deliberazione D.G. n. 688 del 5.11.2013	gg.feriali: 9-12; 15-19	11		presente negli stessi locali	Sistema informativo sanitario Trakcare, registri informatizzati di attività del CAP, fonti informative az.li correnti su attività ospedaliera, att. specialistica e diagnostica
VC	Santhià	Vercelli	P.S.P. di Santhià	06/05/2013 "Proto-CAP" 6.11.2013 CAP	Deliberazione D.G. n.923 del 6.11.2013	gg.feriali: 9-19	7	2	presente negli stessi locali	Applicativo "Nemoqueue"-registro prestazioni infermieristiche CAP. Fonti informative (tracciati-flussi) di rilevazione corrente. E' in corso di valutazione l'acquisizione dell'applicativo già testato presso il CAP di Arona
NO	Arona	Area Nord - Arona	P.O. SS.Trinità di Arona. P.P.I.: chiuso contestualmente all'attivazione del CAP	14-dic-12	Deliberazione D.G. n. 941 del 10.12.2012	gg. feriali ore 8-20; sabato e festivi: ore 14-20	19	10	presente negli stessi locali	Portale ECWMED (assistenza primaria); fonti informative (tracciati-flussi) di rilevazione corrente
CN1	Fossano	Fossano-Savigliano (2)	P.O. Ospedale Maggiore SS.Trinità di Fossano. P.P.I.: chiuso contestualmente all'attivazione del CAP	01-dic-13	Deliberazione D.G. n. 423 del 7.11.2013	Tutti i gg.: ore 8 - 20; gg feriali ore 8 - 20 c/o sede Cap Gruppo MMG (più contattabilità telefonica 8 -20 gg feriali ed 8 -10 gg prefestivi); gg prefestivi e festivi 8-20 c/o sede CAP e C.A. presso ex P.O. ASL (3)	18		presente nei locali ASL del Presidio di Fossano	Portale ECWMED (assistenza primaria in corso d'installazione); fonti informative (tracciati-flussi) di rilevazione corrente (4)
AL	Valenza	Valenza	P.O. "Ex Mauriziano" di Valenza.P.P.I.: chiuso contestualmente all'attivazione del CAP	31-lug-13	Deliberazione D.G. n. 630 dell'8.8.2013	gg. feriali ore 8-16	5 (Medici di guardia medica)		presente negli stessi locali	In fase di definizione il sistema di rilevamento informatizzato dell'attività del CAP

Note

(0): I giorni e le ore di apertura indicate sono quelle dell'Area dell'Assistenza Primaria; il C.A.P. nella sua globalità, grazie alla presenza della Continuità Assistenziale e in alcuni casi della postazione del 118, è operativo 24 h su 24.

(1) Il progetto in fase sperimentale coinvolge esclusivamente l'ambito territoriale di Castellamonte. Decorso il primo anno di sperimentazione ed effettuata una prima valutazione complessiva sui benefici ottenuti con l'avvio del progetto, si procederà alla messa a regime delle attività, allargando l'area territoriale di riferimento sull'intero distretto di Cuornè, coinvolgendo tutti i MMG che vi lavorano e valutando l'incremento dell'orario di apertura ai fini di una maggiore offerta anche per la medicina d'attesa.

(2) L'ambito di riferimento prioritario del CAP è l'area distrettuale di Fossano, con apertura al restante territorio distrettuale ed aziendale.

(3) Inoltre, al fine di garantire l'accessibilità da parte di pz fragili o resti in zone periferiche, i MMG CAP garantiscono l'apertura di ambulatori decentrati, in rete con la sede centrale di Fossano.

(4) La messa a regime del programma dedicato alla rilevazione informatizzata dell'attività del CAP e delle prestazioni erogate è programmata per il 2° semestre 2014.

Tabella 2 bis

ASL	CAP	Attività erogata dal CAP	Impatto area ospedaliera
To3	Avigliana	I dati sembrano confermare la vocazione del CAP verso i quadri patologici propri dell'assistenza primaria e delle figure professionali della sanità territoriale. La gestione delle problematiche cliniche ha richiesto un limitato numero di consulenze specialistiche e di indagini diagnostiche effettuate nella struttura: tale risposta in loco ha peraltro consentito di gestire il problema clinico evitando il ricorso al P.S. ospedaliero. I dati generali sull'affluenza evidenziano che con il passare del tempo la proposta assistenziale del CAP e in genere dell'area delle cure primarie comincia ad essere riconosciuta come valida da parte dei cittadini. Da rimarcare infine la crescente fidelizzazione al progetto di tutti gli operatori coinvolti.	L'analisi dei dati (anche se parziali) sui <u>tassi di ospedalizzazione</u> stimati per il 2014 evidenzia che quello per i residenti nel bacino di attrazione del CAP (ambito terr.le di Avigliana) è più basso di quello del distretto di Susa nel medesimo periodo e sensibilmente più basso rispetto a quello stimato per l'intera ASL TO3. Anche rispetto al 2013 si ha un decremento percentuale molto più intenso tra la popolazione dei comuni afferenti al CAP. Sul fronte delle <u>prestazioni specialistiche</u> , settore su cui l'accesso al CAP può filtrare le richieste ed influenzarne l'andamento, si registra un calo dell'1,4% di visite specialistiche nell'ambito terr.le di Avigliana a fronte di un aumento dello 0,3% per i residenti del distretto di Susa e un aumento del 4,5% per la pop.totale dell'ASL TO3. Infine, rispetto al consumo di risorse erogate dal <u>sistema dell'emergenza/urgenza</u> , si riscontra una sensibile diminuzione nell'ambito terr.le del bacino d'utenza del CAP, laddove il decremento globale degli accessi è del 9,1%, il che evidenzia la tendenza del CAP a fungere da filtro per il cittadino alle richieste di prestazioni in emergenza.

ASL	CAP	Attività erogata dal CAP	Impatto area ospedaliera
To4	Castellamonte	Progetto prioritariamente caratterizzato dalla gestione delle cronicità con approccio proattivo al paziente, dalla presa in carico multidisciplinare e dalla condivisione di PDTA e Profili integrati di Cura tra i MMG e gli specialisti territoriali e ospedalieri. Nel periodo analizzato il CAP ha saputo proporre un'offerta articolata di servizi, operando nella piena condivisione di percorsi e linee d'indirizzo da parte dei MMG che hanno aderito al progetto (es. riunioni mensili fra i MMG operanti nel CAP e la direzione distretto e direz.sanitaria ASL per coordinarsi e redigere percorsi comuni). In definitiva i primi sei mesi di sperimentazione hanno iniziato ad evidenziare come una struttura polifunzionale che raggruppa e coordina le professionalità e i servizi presenti nel distretto possa rappresentare il fulcro dell'organizzazione delle cure primarie sul territorio.	L'analisi e il raffronto dei dati fra periodi diversi è stata condotta solo sui pazienti transitati in ambito CAP. Pertanto, considerato che si tratta in prevalenza di pz cronici, occorre tener presente che gli incrementi di prestazioni che si rilevano sull' <u>area specialistica e diagnostica</u> sono giustificati dall'appropriatezza di tali interventi, rivolti a una popolazione che è affetta da patologie croniche e che è stata selezionata dai MMG, i quali hanno dato priorità di accesso ai pz cronici non gestiti con continuità. Invece sul fronte dei <u>ricoveri</u> si rileva una significativa riduzione rispetto ai pz seguiti dal CAP, sia nell'ambito degli ospedali a gestione diretta ASL, sia presso ospedali extra-ASL, con un valore complessivo di -23%. Significativa inoltre la riduzione, sul totale dei ricoveri, di quelli relativi alle patologie croniche, specificamente seguite dal CAP, con un valore di -25%. Infine rispetto agli accessi al sistema di emergenza/urgenza, si evidenzia una riduzione complessiva dei passaggi del 5%, particolarmente marcata per quanto attiene ai codici verdi (-9%), presumibilmente da ricondurre anche ai benefici del percorso di cura avviato in ambito CAP sui pazienti cronici.
VC	Santhià	La sperimentazione è stata avviata al di fuori di una riconversione ospedaliera, nell'ambito di un contesto territoriale in cui è emersa l'esigenza di perseguire una migliore organizzazione delle cure primarie e un utilizzo più appropriato delle risorse esistenti. Nel progetto le cure primarie sono state centralizzate in una struttura aziendale (P.S.P.) e si è proceduto alla redistribuzione logistica dei servizi sanitari e amministrativi esistenti allo scopo di rendere più accessibili i PDTA degli utenti. Tale esperienza costituisce un'iniziale percorso di sperimentazione delle forme organizzative previste dalla L. 189/2012, art. 1 (UCCP).	<u>Ricoveri ospedalieri</u> : nel confronto fra il 2014 e il 2013 (1° semestre) il tasso di ospedalizzazione per DRG medici nell'ambito terr.le bacino di utenza del CAP (Santhià) si è ridotto dell'11%; invece, nell'ambito terr.le dell'ex distretto di Gattinara, sovrapponibile per caratteristiche della popolazione e dei servizi sanitari ma in assenza di CAP, non si rileva nessuna variazione nell'andamento dei ricoveri. Inoltre nell'ambito di Santhià si osserva una riduzione del 7% dei residenti che hanno avuto <u>accesso in DEA</u> , particolarmente significativa sui cod. bianchi (-26%) e verdi (-5%); nell'ambito di Gattinara si osserva invece un complessivo incremento dei residenti che hanno avuto <u>accesso al DEA</u> (+4%) per tutti i cod. colore. Infine sul fronte delle <u>prestazioni diagnostiche e specialistiche amb.li</u> si rileva una lieve riduzione delle prestazioni consumate dai residenti nell'ambito di Santhià, a fronte di un dato stabile nell'ambito di Gattinara: tale dato, anche correlato alla riduzione degli accessi al DEA, sembrerebbe indicare un utilizzo di percorsi più appropriati grazie alla presenza del CAP sul territorio.
NO	Arona	L'attività CAP, avviata inizialmente nella sola direzione di medicina di "attesa", è stata progressivamente orientata nel corso del tempo verso la <u>medicina d'iniziativa</u> , attraverso la sperimentazione dei PDTA per patologie croniche , con l'obiettivo di spostare la gestione del pz cronico a livello territoriale, nell'ambito delle cure primarie, favorendo l'integrazione tra MMG e specialisti. Nel corso dei primi 18 mesi di sperimentazione l'attività del CAP è stata pertanto riorientata, attraverso l'implementazione dei PDTA (a partire dallo Scompenso cardiaco cronico), verso l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale al paziente coinvolgendo i vari professionisti competenti nel processo di cura, assicurandogli un follow up clinico-strumentale in modo da ottimizzare la terapia, cercare di prevenire le recidive e le complicanze a cui conseguono accessi in DEA e ricoveri, migliorare la compliance dei pazienti rispetto ai piani di cura.	<u>Ricoveri ospedalieri</u> : la riduzione complessiva dei ricoveri (-6%) riguardante gli abitanti del distretto di Arona, particolarmente accentuata nei ricoveri in post acuzie e nei DH, può essere anche in parte ascritta agli esiti dell'attività del CAP. Sul fronte delle <u>prestazioni specialistiche</u> si evidenzia un incremento nel tempo della quota di prestazioni erogate direttamente dall'ASL (piuttosto che da AO o altri erogatori), a fronte di una contestuale diminuzione del volume di prestazioni erogate dagli ambulatori ospedalieri (ospedale di Borgomanero): ciò indica che gli accessi ambulatoriali per visite specialistiche sono stati ben gestiti dai poliambulatori territoriali, incluso il CAP. Infine l'accesso ai <u>punti di Emergenza/Urgenza</u> dell'ASL da parte dei residenti nel distretto di Arona evidenzia una diminuzione, rispetto al 2012, per le situazioni cliniche riferibili a codici bianchi e verdi: ciò è indice di una positiva azione del CAP nel rispondere ad un'elevata quota di cittadini di quel distretto che in passato si rivolgevano impropriamente al PPI. Inoltre i dati evidenziano che la chiusura del PPI di Arona non ha determinato un conseguente sovraccarico dell'attività del DEA di Borgomanero, rimasto l'unico riferimento territoriale per l'urgenza. Pertanto l'analisi d'insieme dei dati induce a dedurre che il CAP stia esercitando un'importante ruolo di "filtro" sul territorio, riconducendo gli accessi all'ambito delle cure primarie ed evitando accessi inappropriati al DEA/PS.

ASL	CAP	Attività erogata dal CAP	Impatto area ospedaliera
CN1	Fossano	Pur con le riserve legate al breve periodo di sperimentazione, le prime analisi evidenziano una tendenza verso una diversa modalità di presa in carico dei bisogni di salute nel bacino d'utenza CAP (ex distretto di Fossano) rispetto al restante territorio aziendale. In particolare, anche grazie alla fattiva collaborazione assicurata dai MMG dell'equipe CAP alla progettualità distrettuale, si riscontrano primi positivi risultati sotto il profilo dell'accessibilità ai servizi di assistenza primaria e dell'integrazione professionale , presupposto per lo sviluppo della medicina d'iniziativa nel corso della sperimentazione.	<u>Assistenza specialistica</u> : emerge un maggior ricorso alle strutture aziendali di riferimento territoriale, in linea con lo specifico protocollo operativo di raccordo sull'area specialistica osp. /amb. adottato ai fini dell'avvio del CAP. <u>Ricoveri ospedalieri</u> : tenendo conto della parzialità dei dati e della contestuale presenza di altri fattori influenti, i primi dati sono suggestivi di un minor ricorso a tale livello ass.le da parte dei res.ti nell'ambito del distretto e in particolare nell'ambito del bacino d'utenza CAP. Sul fronte dell' <u>emergenza/urgenza</u> , la situazione è analoga a quella di Arona: la chiusura del PPI, non ha comportato disservizi in quanto gli accessi "impropri" hanno trovato possibilità di accoglienza e gestione in ambito CAP, mentre gli accessi "motivati" hanno trovato risposta più appropriata nelle altre sedi P.S. attive. In particolare il DEA del P.O. di Savigliano, grazie anche alla collaborazione col 118, formalizzata con specifico protocollo operativo.
AL	Valenza	Le prestazioni erogate dal CAP nei primi mesi di attività sono state prevalentemente legate alla richiesta individuale del pz per problemi clinici non altrimenti risolvibili o che comunque avrebbero indotto accessi impropri ad altre strutture del SSR . Progressivamente, con l'implementazione dei PDTA per patologie croniche (primo fra questi il diabete), oltre che migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure si è inteso sviluppare, attraverso il modello CAP, un modello di servizio sanitario territoriale d'"iniziativa" e non più di semplice "attesa" .	I dati, seppur parziali e riferiti ad un singolo semestre, mostrano una prima tendenza coerente con gli obiettivi di istituzione del CAP. La riduzione delle prestazioni erogate si rileva a tutti i livelli e in particolar modo negli accessi al DEA , dove sul P.O. aziendale di Casale M.to vi è una diminuzione del 52%; tale riduzione è però in parte compensata dall'aumento del 19% degli accessi al DEA di II° liv. dell'AO di Alessandria, presidio a cui peraltro fa riferimento la popolazione del distretto di Valenza. Viceversa i ricoveri sono aumentati del 3,91% all'ospedale di Casale M.to ma sono diminuiti del 16,10% all'AO Al.

Allegato A - Monitoraggio sui Centri di Assistenza Primaria (CAP) avviati nel 2013 (1)

1) Progetto CAP Arona (ASL Novara): monitoraggio conclusivo anno 2013

Le linee di tendenza che emergono dai dati al quarto trimestre 2013 si possono così sintetizzare:

- **Andamento accessi:** nel 2013 gli accessi totali al CAP sono stati 9.717, dei quali 1.701 nel 1° trimestre, 2.595 del 2° trimestre, 2.704 nel 3° trimestre e 2.717 nel 4° trimestre; dal primo all'ultimo trimestre dell'anno si è registrato un incremento degli accessi di quasi il 60%. Peraltro, all'incremento del 52% registrato dal 1° al 2° trimestre, ha fatto seguito un progressivo incremento nel tempo, stabilizzatosi nel secondo semestre dell'anno. Il 90% degli accessi riguarda assistiti residenti nell'ASL NO: di questi il 90,6% è rappresentato da cittadini che provengono dal Distretto di Arona. I cittadini residenti fuori ASL rappresentano il 6,6% degli accessi totali, dei quali il 3,7% proveniente da fuori Regione.
- **Media accessi giornalieri:** dall'inizio dell'anno la media di accessi giornalieri è stata pari a 26,9/die ma già dal mese di maggio si è stabilizzata oltre i 30/die, con punte massime nei giorni feriali, in particolare il lunedì e minime nei giorni festivi e pre-festivi. Rilevante comunque il flusso del sabato, pari a una media annua di 19,7 accessi/die, se si considera che nei giorni pre-festivi le attività mediche e specialistiche hanno un orario di 6 ore effettive giornaliere (negli altri orari è attivo il servizio di continuità assistenziale). La suddetta media di accessi giornalieri al CAP è decisamente superiore alla media degli accessi giornalieri registrata nell'anno 2012 presso l'ex Punto di Primo Intervento, pari a 19,9 accessi/die.

Ciò conferma che col passare del tempo la proposta assistenziale del CAP viene progressivamente riconosciuta come valida da parte dei cittadini, i quali tendono a rivolgersi sempre di più agli ambulatori del CAP per la soluzione di problemi di salute che non richiedono necessariamente un accesso ospedaliero.

- **Distribuzione degli accessi per classi di età:** gli utenti della fascia d'età 14-65 anni rappresentano circa il 55% di coloro che si rivolgono al CAP; più di un terzo è costituito da ultra65enni mentre circa il 10% ha un'età inferiore ai 14 anni.
- **Tipo di prestazioni erogate e problemi di salute trattati:**
 - o Prestazioni erogate presso ambulatori medici/pediatrici: visite e prescrizioni (70%), counseling, medicazioni, valutazioni multidisciplinari, terapia infusiva, diagnostica 1°livello;
 - o Prestazioni erogate presso ambulatorio infermieristico: fasciature, medicazioni, terapia infusiva endovenosa, terapie iniettive, holter pressorio, ecg, test intolleranze alimentari, urea breath test.

L'offerta di attività prettamente infermieristiche che nell'arco dell'anno si è andata ad aggiungere al pacchetto di prestazioni erogabili dal CAP ha determinato un netto aumento del volume dell'attività dell'area non medica. I principali problemi di salute che hanno portato gli utenti a rivolgersi al CAP sono nell'ordine: traumi o ustioni, sintomi o disturbi orl/oculistici/dermatologici/urologici, febbre, dolori addominali/toracici, ipertensione arteriosa, reazioni allergiche.

La tipologia di prestazioni erogate, inizialmente limitate a prestazioni su richiesta del paziente secondo un modello delle "medicina d'attesa", sono state progressivamente ampliate nel corso del 2013 orientandosi verso un modello di "medicina d'iniziativa", attraverso l'avvio dei seguenti PDTA per patologie croniche definiti a livello regionale:

- o PDTA dello scompenso cardiaco cronico;
- o PDTA per i paziente con diabete mellito, erogato sulla base del modello regionale di Gestione Integrata del Diabete fra MMG e Servizi Specialistici di Diabetologia.

- **Esiti dell'accesso al CAP:** il rinvio a domicilio riguarda l'88,3% di coloro che sono stati presi in carico dal CAP; l'8,2% è stato indirizzato ad un approfondimento diagnostico-specialistico, mentre solo il 3,4% è stato inviato al DEA e lo 0,1% ha necessitato di ricovero ospedaliero.

Anche tali dati evidenziano la tendenza del progetto verso il risultato atteso, ovvero la proposta da parte del CAP di un'offerta assistenziale maggiormente rivolta verso i soggetti con patologie cronico-degenerative, in particolare anziani, i cui bisogni di salute non necessitano di interventi ospedalieri e/o della rete dell'emergenza-urgenza.

Note

(1): Informativa tratta dalle relazioni di monitoraggio della sperimentazione CAP trasmesse dalle AA.SS.LL.:

- Novara (CAP Arona). Nota prot. n. 10030/DG dell'11.4.2014
- Torino 3 (CAP Avigliana). Nota prot. n. 18789 del 19.2.2014

- **Confronto attività ospedaliera in relazione all'attività CAP:**

Il confronto con l'anno 2012 riferito agli abitanti del distretto di Arona, che rappresentano la grande maggioranza degli utenti che si sono rivolti al CAP nel 2013, conferma:

- una riduzione complessiva dei ricoveri erogati in ambito regionale pari al 4,5%: tale tendenza, particolarmente rilevata nei ricoveri in post acuzie e in D.H, può essere ascritta all'attività del CAP, prioritariamente indirizzata verso la gestione delle patologie croniche;
- un andamento in diminuzione dei ricoveri in area medica per anziani ultra65enni (n. 2.692 nel 2012; n. 2.514 nel 2013) e del relativo tasso di ospedalizzazione (166,28 v 151,46);
- una lieve diminuzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate in ambito regionale pari a 0,2% (escluse le prestazioni RRF);
- un andamento in diminuzione degli accessi ai Punti di Emergenza dell'ASL NO (rif. situazioni cliniche codici verdi e bianchi): da 8.326 nel 2012 a 5.892 nel 2013, pari a -30% codici verdi e - 25% codici bianchi: ciò evidenzia che il CAP sta assorbendo positivamente la quasi totalità di cittadini del distretto di Arona che in passato si rivolgevano, spesso impropriamente, al PPI;
- che la chiusura del PPI di Arona, contestuale all'attivazione del CAP, non ha determinato un sovraccarico dell'attività del DEA di Borgomanero, pur essendo rimasto l'unico riferimento territoriale per l'urgenza. Infatti l'analisi dei dati di attività dell'intero sistema di emergenza dell'ASL NO evidenziano che nell'anno 2013, dopo la chiusura del PPI di Arona, gli accessi totali si sono ridotti del 11,3% (-5,257 accessi). Su questo risultato ha inciso in maniera sostanziale la riduzione dei codici verdi (-3.891 accessi).

Tali dati dimostrano che il CAP sta ben assorbendo la quota dei cittadini del distretto di Arona che in passato si rivolgevano all'ex PPI ed in linea generale una positiva tendenza verso l'esercizio da parte del CAP di una funzione di filtro sul territorio, riconducendo gli accessi all'ambito delle cure primarie ed evitando accessi inappropriati al servizio dell'emergenza/urgenza.

- **Benefici economici del progetto:**

I costi effettivamente sostenuti nell'anno 2013 per l'avvio ed il funzionamento del CAP ammontano complessivamente ad € 731.000, comprendenti:

- il costo del personale dipendente e convenzionato;
- il costo per consumo di beni e servizi;
- altri costi (manutenzione, ammortamenti, costi riciclati).

Il conto economico risultante nel 2013 evidenzia un risparmio di € 229.305 rispetto ai costi preventivati nel progetto.

Rispetto alla previsione il costo medio effettivo di un accesso al CAP è risultato pari a € 66,28, a fronte di un costo previsto pari a € 98,83: pertanto il costo reale è risultato del 33% inferiore al previsto.

Ponendo infine a confronto il costo unitario medio di accesso al CAP con analogo valore riferito al PPI, pari a € 154,93, si rileva un risparmio pari a circa il 60% per ogni accesso.

- Valutazione da parte dei MMG operanti presso il CAP:

Come riferito dalla Direzione Sanitaria aziendale e dal MMG coordinatore del CAP, *“la partecipazione dei MMG è rimasta stabile nel corso del primo anno di attività, creando un gruppo fortemente motivato. L’obiettivo futuro è quello di estendere la partecipazione a una più ampia platea di medici che operano nel territorio di pertinenza del CAP.*

Il pericolo, da alcuni paventato, del venir meno del rapporto fiduciario Medico-Paziente, è stato completamente superato attraverso la costante comunicazione in atto tra il CAP e gli studi dei MMG, tramite il portale Regione/ASL per la medicina generale. Ogni atto medico o infermieristico intercorso al CAP è immediatamente portato a conoscenza del medico curante per il proseguimento delle cure e ciò è estremamente gradito anche agli Utenti”.

Proseguendo verso l’obiettivo di consolidare l’attività del CAP quale punto imprescindibile dell’Assistenza Sanitaria Territoriale dell’ASL, è stato definito congiuntamente ai MMG del CAP il Piano di attività per l’anno 2014.

2) Progetto CAP Avigliana (ASL TO 3): monitoraggio primo quadrimestre di attività (3° quadrimestre 2013)

Le linee di tendenza che emergono dai dati al primo quadrimestre di attività si possono così sintetizzare:

- **Andamento accessi:** gli accessi totali al CAP sono stati 1.235, con andamento crescente nel periodo, a parte una lieve riduzione degli accessi durante le festività natalizie. L’85% degli accessi riguarda assistiti residenti nel distretto di Susa dell’ASL TO3; la parte restante proviene dagli altri distretti, in particolare Rivoli (4%) e Giaveno (2,5%) e da altre ASL (3,6%).

- **Media accessi giornalieri:** nel periodo la media di accessi giornalieri è stata pari a 9,13 nel primo mese di attività, 12,93 nel secondo mese, 13,62 nel terzo mese, 13,04 nel quarto mese, con punte massime nei giorni feriali, in particolare il lunedì e minime nei giorni festivi e pre-festivi. Rilevante comunque il flusso del sabato, pari a una media di 30 accessi/die, se si considera che nei giorni pre-festivi le attività mediche e specialistiche hanno un orario di 6 ore effettive giornaliere (negli altri orari è attivo il servizio di continuità assistenziale).

Ciò conferma che la missione del CAP tende ad essere quella di una struttura polifunzionale del distretto in cui insiste, finalizzata a fornire ai cittadini un’offerta più ampia ed integrata di prestazioni afferenti alle cure primarie ed un punto di riferimento per la presa in carico globale del paziente attraverso la stretta integrazione fra le funzioni sanitarie di vario tipo e le funzioni sociali.

- **Distribuzione degli accessi per classi di età:** gli utenti della fascia d’età 18-65 anni rappresentano circa il 50% di coloro che si rivolgono al CAP; il 42% circa è costituito da ultra65enni mentre circa l’8% ha un’età inferiore ai 18 anni.

- Tipo di prestazioni erogate e problemi di salute trattati:

- o Prestazioni sanitarie ambulatoriali riconducibili alle attività MMG: prima valutazione ed avvio al percorso clinico con eventuali approfondimenti specialistici secondo le classi di priorità previste dalla vigente normativa regionale.
- o Prestazioni sanitarie ambulatoriali specialistiche su prenotazione: visite garantite dai clinici delle discipline attive nell’area poliambulatoriale.
- o Prestazioni sanitarie programmate, mediche e/o infermieristiche, a favore di pazienti cronici per somministrazione di cicli di terapie iniettiva o infusiva, esecuzione di prelievi ematici, effettuazione di medicazioni semplici, ecc.

Le prestazioni erogate nell’area dell’assistenza primaria del CAP nel 1° quadrimestre di apertura sono riconducibili ai setting assistenziali dell’ambulatorio MMG e dell’ambulatorio infermieristico:

- o prestazioni erogate presso ambulatori medici/pediatrici: visite e prescrizioni (80%), counseling, medicazioni, valutazioni multidisciplinari, terapia infusiva, diagnostica 1°livello;
- o prestazioni erogate presso ambulatorio infermieristico: fasciature, medicazioni, terapia infusiva, terapie iniettive, prelievi ematici.

L’offerta di attività prettamente infermieristiche che nell’arco del periodo si sono andate progressivamente ad aggiungere al pacchetto di prestazioni erogate dal CAP ha determinato un netto aumento del volume di attività relativa all’ambulatorio infermieristico. E’ ipotizzabile un ulteriore incremento con il prossimo avvio degli ambulatori dedicati per patologia.

I principali problemi di salute che hanno portato gli utenti a rivolgersi al CAP sono nell’ordine: sintomi o disturbi di varia natura, traumi o ustioni, dolori addominali/toracici, sintomi o disturbi orl/oculistici/dermatologici/urologici/odontosomatologici/ostetrico-ginecologici, ipertensione arteriosa, sintomi del sistema nervoso, febbre, alterazioni del ritmo, reazioni allergiche, emorragia non traumatica, accertamenti medico-legali.

La gestione delle problematiche cliniche presentate dai pazienti che si sono rivolti al CAP ha richiesto un limitato numero di consulenze specialistiche e di indagini diagnostiche (n.119 casi), cresciuto nell’ultimo periodo a seguito della piena disponibilità del cardiologo, che rappresenta, allo stato attuale, lo specialista cardine dell’integrazione fra le due aree del CAP (assistenza primaria e specialistica).

La possibilità di avvalersi delle consulenze specialistiche e delle valutazioni diagnostiche effettuabili nella struttura ha consentito di gestire in loco il problema clinico evitando il ricorso al P.S. ospedaliero.

Peraltro occorre tener conto che nel primo quadrimestre di attività 2013 il CAP, nella sua globalità e l’area dell’assistenza primaria in particolare, hanno svolto attività prevalentemente di “medicina d’attesa”. Il primo percorso diagnostico terapeutico (sullo scompenso cardiaco cronico) è stato avviato a partire da marzo 2014.

- **Esiti dell'accesso al CAP:** il rinvio a domicilio, con conclusioni diagnostiche e prescrizioni che non hanno comportato la successiva presa in carico da parte del medico curante, riguarda il 77% di coloro che sono stati visitati in ambito CAP; nel 18% dei casi i pazienti sono stati specificamente indirizzati al medico curante, per la prosecuzione delle valutazioni e delle cure; in meno del 5% degli accessi si è reso necessario l'invio al DEA ed in 5 casi di questi è stato richiesto l'intervento del Servizio di Emergenza 118. Anche tali dati confermano la vocazione del CAP per i quadri patologici propri dell'assistenza primaria e delle figure professionali della sanità territoriale.
- **Potenziamento Cure domiciliari:** grazie al processo di riconversione del P.O. di Avigliana avviato a partire dall'1.7.2013 è stato possibile potenziare il servizio con la riassegnazione di tre unità di personale infermieristico. E' stato pertanto esteso l'orario del servizio con presenza attiva infermieristica dalle ore 8,00 alle ore 20,00 nei giorni feriali, mentre il sabato e festivi è garantita la presenza di un'unità infermieristica con orario 8,00-15,30 più reperibilità 8,00-20,00.
- **Progetto di Telemedicina:** è stato avviato a partire dal 15.11.2013 attraverso l'attivazione di una "Piattaforma sanitaria di telemonitoraggio e teleconsulto" con la finalità di realizzare un sistema di cure integrate e continuative tra Ospedale e Distretto. La Centrale Operativa per il coordinamento delle attività di telemedicina è stata istituita presso il CAP, con personale medico e infermieristico per lo svolgimento delle seguenti attività:
 - o esecuzione, con strumenti di telemedicina portati al domicilio da personale infermieristico, di accertamenti diagnostico-strumentali e visite specialistiche a favore di pazienti affetti da malattie croniche che debbono essere seguiti nel tempo con controlli programmati;
 - o realizzazione di una reale e documentata collaborazione assistenziale tra MMG e medici specialisti ospedalieri, grazie all'intermediazione della Centrale Operativa ed all'utilizzo di strumenti dell'ICT.
- **Esiti primo periodo di attività:** 15.11.2013-31.12.2013. I pazienti seguiti sono complessivamente 20, dei quali il 45% cardiopatici; il 25% diabetici; il 15% affetti da patologie respiratorie e il 15% da patologie neurologiche. Tutti i pazienti sono comunque pluripatologici.
Le prestazioni erogate sono nell'ordine le seguenti: misurazioni con elettromedicali; counseling, consulenze specialistiche da remoto, visite infermieristiche domiciliari, tele-nursing, visite mediche domiciliari, ecg.

Sottolineando l'auspicio che il CAP possa svolgere e progressivamente consolidare la propria funzione di fulcro dell'organizzazione delle cure primarie su territorio, nonché di strumento gestionale del distretto per ottimizzare i percorsi di cura e l'impiego delle risorse disponibili, l'ASL To3 si è impegnata a fornire, nell'ambito del monitoraggio relativo al primo semestre 2014, un quadro dal quale emerga anche l'impatto dell'attività del CAP sul complesso della risposta sanitaria erogata a favore dei propri assistiti, in termini di ricoveri ospedalieri, accesso al DEA, visite specialistiche e prestazioni diagnostiche.

Quanto sopra considerato che per una corretta valutazione dell'efficacia del nuovo modello assistenziale occorre disporre di dati di attività riferiti ad un periodo temporale più lungo e con un maggior numero di pazienti.

Anche il monitoraggio del quadro economico, con rilevazione dei costi sostenuti rispetto ai costi preventivati verrà fornito appena disponibili i dati di bilancio conclusivi del 2013 per i costi riconducibili al progetto sperimentale CAP.

Denominazione Progetto: La farmacia di servizi e il suo orientamento a obiettivi di comunità

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Il progetto in coerenza con gli obiettivi dei Programmi Operativi approvati, tenuto conto della maggiore spesa sostenuta per la linea di intervento relativa alla riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria, non è stato attivato.

A riguardo, si precisa che la DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014 disponeva, tra l'altro, la possibilità di rimodulare le percentuali delle risorse assegnate nei singoli progetti di ciascuna linea progettuale mediante l'adozione di opportuna deliberazione.

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

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Il progetto in coerenza con gli obiettivi dei Programmi Operativi approvati, tenuto conto della maggiore spesa sostenuta per la linea di intervento relativa alla riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria, non è stato attivato.

A riguardo, si precisa che la DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014 disponeva, tra l'altro, la possibilità di rimodulare le percentuali delle risorse assegnate nei singoli progetti di ciascuna linea progettuale mediante l'adozione di opportuna deliberazione.

- **Linea Progettuale 2: Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche**

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

Sintesi del contenuto del progetto

La realizzazione degli interventi collegati alla realizzazione di una rete regionale di servizi appositamente dedicata alle persone affette dal morbo di Alzheimer o da altre demenze si è svolta secondo il programma.

Nel 2012 la Regione Piemonte aveva adottato la D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 con la quale erano stati individuati i modelli gestionali relativi al NAT e ai Centri Diurni per Alzheimer. Il nuovo modello gestionale intende implementare la risposta organizzativa al fine di permettere la presa in carico del paziente anche in fase acuta evitando l'ospedalizzazione ritenuta, a livello scientifico, una risposta inadatta a questa tipologia di pazienti.

Nel 2013 la Regione Piemonte, ha individuato il nuovo modello di presa in carico della persona anziana non autosufficiente (DGR 14-5999 del 25 giugno 2013) e susseguentemente il piano tariffario per le prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti (DGR 85-6287 del 2 agosto 2013).

In sintesi, la rete assistenziale è rappresentata dai Nuclei Alzheimer Temporanei (NAT) a carattere residenziale, temporaneo, dai centri diurni, tutte tipologie a carattere socio-sanitario, e dagli interventi domiciliari.

Verifica dei risultati ottenuti

Il progetto aveva assunto come obiettivo quantitativo l'ipotesi che "l'indicatore base della diffusione della patologia del Morbo di Alzheimer [sia] del 6% si calcola il tasso di copertura come il 1,5% in carico complessivamente nei servizi di NAT, Centri Diurni e servizi domiciliari.

Attualmente la popolazione anziana del Piemonte è pari a 1.041.356.

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

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

Il progetto presentato con la DGR 17-7578 del 12 maggio 2014 stimava le giornate da realizzare così suddivise:

- a) NAT in 59.000 (pari a circa 300 persone ricoverate), e
- b) nei Centri Diurni in 42.900 (pari a circa 250 persone ricoverate)
- c) la stima dei casi seguiti dal servizio domiciliare in 700.

Al termine dell'anno di riferimento si sono ottenuti i seguenti risultati:

- a) giornate di ricovero in NAT: 69.542;
- b) giornate di ricovero nei Centri Diurni: 51.579
- c) nr. Di casi in carico ai Servizi domiciliari: oltre 700

Evoluzione dell'offerta

Nell'anno di riferimento, come nell'anno successivo la rete dell'offerta di servizi si è ampliata attraverso l'apertura di nuove strutture NAT e di Centri diurni.

Complessivamente sono state aperte 8 strutture NAT per un totale di 146 posti letto e tre Centri Diurni per un totale di 61 posti diurni.

Considerazioni conclusive

Al di là del raggiungimento quantitativo, si deve evidenziare come la crescita dell'utilizzo delle risorse appositamente dedicate segnali un effettivo bisogno di questa tipologia di strutture che, per quanto attiene il territorio Piemontese, hanno sofferto dei rigori imposti dalle disposizioni del Piano di Rientro.

La rete appare obiettivamente insufficiente nel rispondere a bisogni dettati da patologie in fase di espansione, soprattutto in un territorio, quello Piemontese, dove continua la crescita dell'incidenza della popolazione anziana non autosufficiente sull'insieme demografico regionale.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 16.453.578
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 16.500.000

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

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Il progetto presentato era rivolto alla soluzione di una delle principali problematiche legate all'insorgenza dell'Artrite Reumatoide, consistente nell'accesso quanto più rapido possibile – e possibilmente entro una finestra di opportunità terapeutica di 3 mesi – alla diagnosi e terapia della patologia stessa.

A tale scopo, in linea con gli obiettivi che si era proposto e con le tempistiche ipotizzate nel progetto, il gruppo di lavoro ha messo a punto un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) in cui sono stati definiti non solo i ruoli dei singoli "attori" – MMG, Specialista Reumatologo, Personale paramedico e Pazienti – ma le rispettive competenze nonché i criteri di indirizzo della fase didattica rivolta al MMG, oggetto delle fasi successive di sviluppo del progetto. (Sono stati tra l'altro suggeriti gli approfondimenti diagnostici indispensabili, onde evitare il ricorso ad indagini di laboratorio e/o strumentali che in una prima fase diagnostica sono più o meno comunemente impiegati, benché inappropriati).

Terminata la stesura del PDTA - peraltro nei termini temporali ipotizzati, vista la forte collaborazione dei partecipanti al tavolo - si è proceduto ad individuare le aree di interazione tra MMG e Specialista indispensabili per una corretta gestione del PDTA stesso, evidenziate – tra l'altro - nella condivisione degli esiti delle indagini anamnestiche e cliniche operate ai due livelli, nella possibilità di dialogo costante tra le due figure professionali, nella necessità di acquisizione e conoscenza di modelli e linguaggi comuni che consentano un inquadramento diagnostico ottimale e l'invio appropriato a visita specialistica, la necessità di creazione di reti e modalità di accesso in linea con gli scopi del progetto.

Confermata la validità dell'ipotesi di sviluppo di un applicazione software dedicata che implementi i pacchetti più comunemente usati dai MMG sul territorio Piemontese, si è proceduto – nella seconda parte del 2013 - allo sviluppo del programma, con un dialogo continuo tra figure mediche e paramediche ed informatici per una risoluzione in tempo reale delle problematiche che man mano si evidenziavano.

Ad esempio è stato necessario sviluppare un pacchetto a parte per quanto riguarda i pazienti pediatrici, vista la sostanziale maggiore complessità delle indagini ed informazioni necessarie, la diversa importanza da attribuire ad alcuni parametri, ecc.

Una volta messa a punto una versione beta del software, si è proceduto alla verifica della compatibilità con le piattaforme in uso, ad individuare un "luogo" comune di condivisione delle informazioni relative ai pazienti - indicato nel portale regionale cui ogni iscritto all'Ordine dei medici ha già accesso codificato – e la possibilità di trasferire la documentazione nei sistemi informatici impiegati nelle realtà ospedaliere e da questi al portale.

Vista la complessità del quadro informatico in essere all'interno del SSR, si è deciso di impiegare forme molto semplici di trasferimento dei dati, che consentano di interagire con i principali pacchetti gestionali (es. Office) e consentire una eventuale stampa dei documenti stessi.

L'analisi delle problematiche e lo sviluppo del software hanno consentito altresì di preparare anche una sorta di linea guida per l'implementazione dei corsi di aggiornamento che saranno oggetto della seconda parte del progetto, come previsto dal prospetto presentato.

Il gruppo di lavoro è dunque riuscito a:

- Individuare il numero di MMG da coinvolgere nella fase test successiva
- Stabilire il numero di incontri di formazione necessari
- Stabilire la tipologia di incontro (ECM)
- Individuare il provider da incaricare dell'organizzazione dei corsi ECM
- Produrre un programma preliminare degli incontri formativi, da riproporre tale e quale nelle diverse realtà
- Individuare i responsabili dei vari momenti formativi facenti parte del programma.
- Ipotizzare un calendario che consenta di concludere la fase test nei tempi previsti.

A conclusione della presente relazione è incoraggiante e di grande stimolo al completamento del progetto constatare come il lavoro condotto dal tavolo risulti perfettamente in linea con quanto oggi (a due anni di distanza dal suo inizio) contenuto nelle raccomandazioni che la Conferenza Stato Regioni sta diffondendo sul ruolo indispensabile dei PDTA per un corretto e razionale governo della presa in carico della persona affetta da patologie reumatiche.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 30.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 30.000

Denominazione Progetto: PDTA delle malattie infiammatorie croniche intestinali IBD

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

È stato definito, al fine di promuovere uniformità ed efficacia dei processi di cura delle Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali, un percorso diagnostico terapeutico (PDTA) che considera come sintomi di partenza diarrea e/o dolore addominale persistenti per almeno 4 settimane.

Tale percorso è stato formulato attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro di cui sono parte attiva tutte le diverse professionalità mediche (gastroenterologi, reumatologi, chirurghi, dermatologi, oculisti, dietologi, psicologi, radiologi, MMG), farmacisti e le associazioni delle persone affette da tali patologie.

È stato quindi predisposto congiuntamente un PDTA comprensivo degli strumenti necessari alla sua attuazione, tra cui un supporto informatico che possa interoperare con i software di gestione della cartella clinica dei pazienti più frequentemente in uso degli MMG. È già stata eseguita una fase di test di tale strumento presso la SSCVD Diagnosi e Cura della Malattie dell'Intestino presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino con l'inserimento di circa 100 pazienti.

Tale PDTA garantisce un percorso clinico assistenziale appropriato ad ogni paziente affetto da Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale al fine di offrire una cura mirata, che mantenga il soggetto nelle migliori condizioni possibili compatibilmente con il grado di compromissione clinico-funzionale, assicurando il pieno rispetto della dignità della persona in ogni momento.

Inoltre tale percorso è rivolto ad un miglior rapporto costo-efficacia e costo-beneficio, sia per quanto riguarda gli esami strumentali che la terapia medica/chirurgica. La terapia medica delle malattie Infiammatorie Croniche Intestinali ha subito una profonda trasformazione in seguito all'introduzione dei farmaci biologici avvenuta a fine anni '90. Sebbene la loro efficacia sia stata dimostrata, le strategie ottimali di trattamento sono ad oggi ampiamente discusse e la loro costo-efficacia è ancora incerta. Allo stato attuale infatti sono disponibili in letteratura poche valutazioni in tale merito. Il PDTA e l'applicativo sono rivolti all'analisi dei dati clinici e alla ricerca della linea guida diagnostica a partenza dai MMG e al miglior utilizzo dei farmaci a disposizione.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 20.000
 - Spese sostenute nell'anno 2013: € 20.000
-
- **Linea Progettuale 3: Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'accordo Stato Regioni del 10/2/2011**

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

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

La D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 ha approvato i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015. Il documento individua le aree di intervento con i relativi risultati programmati e gli indicatori di esito.

Tra gli interventi previsti è stato individuato quello sui controlli di appropriatezza (intervento 7.4) che prevede delle specifiche azioni in alcuni settori tra cui quello della riabilitazione.

La misura ed il monitoraggio dell'appropriatezza in tale ambito è stato oggetto di analisi, approfondimento e di indirizzi vari, rilevabili in vari provvedimenti tra cui i principali sono la D.G.R. n. 10 –5640 del 2/04/2007, D.G.R. n. 42-941 del 3 novembre 2010, D.G.R. n. 13 – 1439 del 28/01/2011, D.G.R. n. 12-1665 del 7/03/2011, D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013.

Una corretta applicazione delle indicazioni di appropriatezza che emergono dai vari provvedimenti comporta obbligatoriamente la relazione tra i vari attori che intervengono nel percorso riabilitativo (strutture sanitarie pubbliche, strutture sanitarie private accreditate con il SSN). La scheda di "Proposta di percorso riabilitativo individuale" (PPRI) è lo strumento unico regionale che risponde a tale esigenza, garantendo l'obiettivo di comunicazione/informazione relativa ai pazienti al passaggio da un setting riabilitativo ad un altro ed al cambio del soggetto erogatore, nonché l'obiettivo sia di una lettura/verifica dell'appropriatezza organizzativo-gestionale della presa in carico riabilitativa da parte delle ASR, sia di una lettura dell'appropriatezza clinica degli interventi riabilitativi effettuati nei vari setting.

La scheda di PPRI informatizzata permette di gestire le schede paziente prodotte in strutture differenti, di avere procedure e linee guida condivise e facilmente implementabili, di condividere esperienze, informazioni, percorsi, modalità e regole tra i fisiatristi, ma anche tra gruppi misti di professionisti e di avere una situazione regionale in tempo reale realizzando, in questo modo, uno strumento di monitoraggio dei percorsi riabilitativi, utile per una puntuale programmazione aziendale e regionale. Il modello regionale prescelto permette inoltre di monitorare e di valutare fattori di mobilità/indici Regionali e comparativi tra le diverse strutture.

Lo specifico gruppo di lavoro regionale (istituito con D.D. n. 893 del 3.12.2012) per affrontare in modo specifico gli aspetti di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale e quelli interessanti gli strumenti di controllo e di verifica, ha condiviso il contenuto del modello informatico, in linea con gli indirizzi regionali sopra richiamati.

Il progetto è biennale e la fase successiva interesserà la sperimentazione stessa del modello ed eventualmente, sulla scorta, degli esiti della sperimentazione le modifiche da apportare.

La sperimentazione prevede la realizzazione della necessaria formazione agli operatori, pubblici e privati accreditati, che utilizzeranno il modello.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.050.358
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 1.200.000

Denominazione Progetto: Sviluppo in ambito riabilitativo di un modello assistenziale alternativo al ricovero (PAC)

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

I principi della riorganizzazione di cui alla D.G.R. n. 10-5605 del 2.04.2007 e s.m.i., che hanno tra i vari fondamenti anche la previsione e l'attuazione di percorsi di continuità assistenziale in rapporto alle disabilità dei singoli pazienti, si basano sulla necessità di assicurare l'omogeneità dei servizi rispetto alla capacità degli stessi di garantire equità d'accesso della popolazione ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato.

Con DGR n. 49-12479 del 2 novembre 2009, D.G.R. N. 42-941 del 3.11.2010 è stato aggiornato il nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistico-ambulatoriale, nonché le linee guida ed i percorsi per una appropriata attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale

La revisione delle linee guida di cui ai suddetti provvedimenti è conseguente alla necessità di una maggiore appropriatezza nell'erogazione del livello assistenziale, sia rispetto ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato, sia rispetto alla necessità di assicurare equità d'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

Le linee guida ed il loro miglioramento continuo rappresentano uno degli strumenti effettivi del governo clinico e dell'organizzazione del SSN che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.

Presupposti fondanti sono l'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità di sistema.

In questo contesto l'elemento sostanziale è costituito dall'appropriatezza prescrittiva in rapporto alle disabilità del singolo paziente, alla sua complessità clinico-riabilitativa ed al gradiente di modificabilità.

Lo strumento fondamentale è costituito dalla definizione del progetto riabilitativo individuale (PRI) che è la condizione per l'erogazione dei LEA in riabilitazione (D.G.R. N. 42-941 del 3.11.2010).

Premesso quanto sopra con specifico gruppo di lavoro (D.D. n. 893 del 3.12.2012) per affrontare in modo specifico gli aspetti di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale e quelli interessanti gli strumenti di controllo e di verifica, si è ritenuto necessario prioritariamente procedere ad una attenta analisi delle attività ambulatoriali 2011-2012 in rapporto ai criteri stabiliti con D.G.R. N. 42-941 del 3.11.2010.

L'analisi dei dati di attività 2011- 2012 ha fatto emergere che il maggiore numero di prestazioni riabilitative hanno interessato disabilità conseguenti a problematiche cliniche di area ortopedica

Anno 2012

Gruppo	n. prestazioni	n. visite	totale prestazioni
01- ortopedia	2.676.250	140.950	2.817.200
15 – altro	395.511	18.427	413.938
03 – fratture	369.700	14.902	384.602
05 - distorsioni	219.295	13.649	232.944
10- disturbi funzioni integrative e della comunicazione	112.477	4.518	116.995
09 - altri disturbi	94.799	6.461	101.260
11- SNP	70.939	3.024	73.963
13- malattie oncologiche	37.511	1.568	39.079
08 - mattie degenerative	32.275	2.992	35.267
04 lussazioni	30.771	1.221	31.992
06 - contusioni	26.744	1.617	28.361
14- malattie apparato cardiorespiratorio	12.958	688	13.646
12- traumatismi SN	6.895	200	7.095
02- ustioni	1.422	21	1.443
07 - malattie infiammatorie	1.181	93	1.274
Totale	4.088.728	210.331	4.299.059

L'analisi e la relativa valutazione dello stato di applicazione dei nuovi criteri di appropriatezza nel corso delle attività riabilitative effettuate, nonché ulteriori approfondimenti relativamente al tema dell'efficacia terapeutica e della modifica

degli stili di vita ha indotto a definire ulteriormente i criteri di appropriatezza di cui al precedente capoverso in rapporto alle disabilità dei singoli pazienti.

In questo contesto va tenuto conto che l'impiego di terapia fisica svolge un ruolo prevalentemente antalgico e/o antinfiammatorio nel trattamento della patologia flogistica e degenerativa dell'apparato locomotore e non può svolgere azione preventiva sul sintomo dolore e sulla evoluzione degenerativa.

I documenti ministeriali relativi alla rivisitazione delle prestazioni riabilitative, che hanno recepito per altro anche i principi dell'ICF, hanno ribadito l'importanza della partecipazione attiva del paziente al proprio processo riabilitativo in una prospettiva non solo di recupero dell'autonomia possibile, ma anche di una risocializzazione a tutto campo. L'approccio terapeutico sta cambiando, superando quegli aspetti meramente prestazionali, per passare ad una cooperazione fra operatori sanitari - paziente – care giver nel perseguimento dei risultati.

Questo comporta che in via generale le prestazioni di sola terapia strumentale sono superate e le disabilità che possono essere oggetto di progetto riabilitativo da effettuarsi a livello ambulatoriale comprendono le disabilità 2, 3, 4 e 5.

Per tali disabilità è stato valorizzato, insieme all'intervento che vede specificatamente prestazioni riabilitative, anche il momento formativo, educativo, cooperativo e responsabilizzante all'autogestione delle cronicità.

La definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è pregiudiziale ad un appropriato processo riabilitativo e la sua attuazione all'interno delle singole disabilità ha quale presupposto una specifica ed adeguata formazione dell'équipe riabilitativa alla specifica presa in carico. Le prestazioni riabilitative derivante da PRI costituiscono il livello essenziale di assistenza garantito dal SSR.

DISABILITÀ 5

Sono disabilità croniche stabilizzate, di entità contenuta o minimale, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito" e/o un'attività didattica formativa.

Sono altresì classificabili in disabilità 5:

- pazienti con disabilità croniche degenerative che presentano fasi di riacutizzazione
- pazienti con disabilità derivante da disturbi di natura meccanico-funzionale anche in fase acuta.

Il progetto riabilitativo implica una valutazione globale della persona e del suo problema, deve avere come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento del massimo livello possibile di autonomia funzionale e si articola

- con prestazioni sanitarie riabilitative comprendenti anche gli aspetti educativi, di addestramento e motivazione all'uso di eventuali ortesi/ausili, inducendo partecipazione attiva e responsabilizzazione da parte del paziente,
- con interventi di tipo non sanitario orientati al mantenimento del livello di autonomia raggiunto, quali per esempio norme di igiene posturale, esercizio fisico costante, corretti stili di vita, socializzazione.

Il progetto riabilitativo:

- 1) non deve contenere indicazione di cicli di sola terapia fisica e non devono essere associate più di due tipologie di prestazioni di terapia fisica con ciclo max di 10 sedute, per un totale massimo di 20 sedute di prestazioni di terapia fisica strumentale a persona valutata per codice di diagnosi (le prime 3 cifre codice ICD 9CM). La ripetibilità del progetto in disabilità 5, contenente prestazioni di terapia fisica strumentale:
 - può essere prevista all'interno del PRI non prima di un anno dalla stesura del progetto e per lo stesso codice di diagnosi (prime tre cifre codice ICD 9CM);
 - deve essere orientata alla valutazione dell'efficacia riabilitativa e dell'acquisizione degli idonei stili di vita.
- 2) I progetti riabilitativi che contengono solo prestazioni di rieducazione funzionale non soggiacciono alle indicazioni di cui al punto 1);
- 3) Alcune tipologie di pazienti possono essere destinatarie di progetti riabilitativi contenenti la sola terapia fisica strumentale, in relazione all'età e/o in presenza di specifici quadri clinici:
 - A. *pazienti oltre 75 anni:*
 - ARTROSI DEL GINOCCHIO cod. diagnosi 715.16
 - ARTROSI DELL'ANCA cod. diagnosi 715.15
 - ARTROSI DELLA SPALLA cod. diagnosi 715.11
 - ARTROSI CERVICALE: cod. diagnosi 721.0
 - ARTROSI DORSALE: cod. diagnosi 721.2
 - ARTROSI LOMBARE: cod. diagnosi 721.3
 - B. *Senza limitazione d'età:*

- ARTROSI PRIMARIA DELLA MANO cod. diagnosi 715.14
- RIZOARTROSI E ARTROSI SECONDARIA DELLA MANO cod. diagnosi 715.24
- ARTROSI DEL TARSO E ARTICOLAZIONI PIEDE cod. diagnosi 715.27
- EPICONDILITE cod. diagnosi 726.32
- EPITROCLEITE cod. diagnosi 726.31
- TENDINITE TROCANTERICA cod. diagnosi 726.5
- TENDINITE GINOCCHIO (della ZAMPA. D'OCA) codice diagnosi 726.61
- TENDINITE DEL ROTULEO cod. diagnosi 726.64
- TENDINITE D'ACHILLE codice diagnosi 726.71
- ENTESOPATIA NON SPECIFICATA DELLA CAVIGLIA E DEL TARSO: codice diagnosi 726.70
- SPERONE CALCANEARE cod. diagnosi 726.73
- DITO A SCATTO cod. diagnosi 726.03
- TENDINITE DI DE QUERVAIN cod. diagnosi 727.04
- SINDROME TUNNEL CARPALE cod. diagnosi 354.0
- SINDROME TUNNEL TARSALE cod. diagnosi 355.5

Nei casi individuati ai punti A) e B) non devono essere associate più di due tipi di prestazioni di terapia fisica con un ciclo max di 10 sedute, per un massimo complessivo di 20 sedute di prestazioni di terapia fisica strumentale a persona valutata per ciascuno dei suddetti codici di diagnosi.

La ripetibilità del PRI per gli stessi codici di diagnosi non può avvenire prima di un anno dalla stesura del primo progetto.

DISABILITÀ 4

Si tratta di disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza ed a rapida risoluzione (entro massimo sei mesi dall'inizio del trattamento).

L'obiettivo dell'intervento è quello di contenere le disabilità in esiti di traumatologia minore monosegmentaria e in mononeuropatie, attraverso un progetto riabilitativo in cui prevale la rieducazione funzionale, inducendo partecipazione attiva e responsabilizzazione da parte del paziente al suo recupero.

Criteria di prescrivibilità

La terapia fisica in questo tipo di disabilità è solo di supporto alle prestazioni di rieducazione e quindi non deve essere prevalente all'interno del singolo progetto riabilitativo.

I progetti riabilitativi elaborati dalla singola struttura non devono prevedere più del 20 % di terapia fisica strumentale rispetto al totale delle prestazioni presenti nei progetti elaborati.

Non devono essere associate più di due tipologie di prestazioni di terapia fisica con ciclo massimo di 10 sedute, per un massimo di 20 sedute di prestazioni di terapia fisica strumentale a persona valutata per codice di diagnosi (le prime 3 cifre codice ICD 9CM).

Tali criteri non valgono per i Progetti che contengono solo prestazioni di rieducazione funzionale.

DISABILITÀ 3

Si tratta di disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo.

L'obiettivo è il contenimento del danno secondario e prevenzione del danno terziario attraverso tecniche riabilitative orientate al mantenimento delle funzionalità riacquisite e/o la prevenzione del deterioramento nelle disabilità neurologiche, traumatologiche maggiori, oncologiche, respiratorie e cardiologiche. La rieducazione è una delle componenti del progetto riabilitativo, in quanto si possono utilizzare anche altri sussidi, quali ad esempio protesi, ortesi, altri strumenti atti all'autogestione dell'autonomia, momenti di formazione e informazione al paziente e/o al care giver atti a favorire la partecipazione attiva.

Criteria di prescrivibilità

La terapia fisica in questo tipo di disabilità è marginale rispetto alle prestazioni di rieducazione.

I progetti riabilitativi elaborati dalla singola struttura non devono prevedere più del 10 % di terapia fisica strumentale rispetto al totale delle prestazioni presenti nei progetti elaborati.

La ripetibilità del trattamento riabilitativo complessivo in questo tipo di disabilità, se necessario, deve essere prevista e descritta all'interno del progetto riabilitativo.

DISABILITÀ 2

Si tratta di disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza ed attrezzatura, altamente sofisticato.

L'obiettivo è il recupero di funzioni ed abilità in pazienti affetti da disabilità complesse nel periodo di maggiore modificabilità del quadro clinico funzionale. Deve essere quindi garantita la precocità dell'intervento, la continuità e l'intensività del trattamento secondo le caratteristiche dei pazienti.

La rieducazione è componente essenziale per la realizzazione del progetto riabilitativo: la stessa può essere integrata con l'utilizzo di altri sussidi, quali ad esempio protesi, ortesi e strumenti orientati al raggiungimento dell'autonomia del disabile.

Il progetto comprende momenti di formazione e informazione al paziente e/o al care giver atti a favorire la partecipazione attiva al recupero globale.

Criteri di prescrivibilità

La terapia fisica in questo tipo di disabilità è marginale rispetto alle prestazioni di rieducazione.

I progetti riabilitativi elaborati dalla singola struttura non devono prevedere più del 10 % di terapia fisica strumentale rispetto al totale delle prestazioni presenti nei progetti elaborati.

La ripetibilità del trattamento riabilitativo complessivo, se necessario, deve essere prevista e descritta all'interno del progetto riabilitativo, in quanto è presumibile che l'evoluzione a seguito del trattamento comporti una progressione verso il livello di disabilità 3.

Premesso quanto sopra si è proceduto ad esaminare le prestazioni secondo i diversi tipi di disabilità e secondo le principali variabili ad esse connesse. In particolare sono state prese in considerazione la complessità clinico riabilitativa, la temporalità rispetto all'evento invalidante ed i tempi di attesa massimi per la prima visita fisiatrica. Questi costituiscono indicatori di accesso alla prestazione.

Esame delle prestazioni

Sono poi stati analizzati i trattamenti da erogare secondo indicatori che vertono il gradiente di modificabilità della patologia/sintomatologia ed i tempi di attesa massimi per erogare i trattamenti.

In relazione a queste variabili sono stati individuati i setting ed i livelli appropriati e le modalità di erogazione delle prestazioni secondo la tipologia dei disturbi

Le tabelle che seguono visualizzano, quindi, i criteri adottati nella definizione delle regole di applicazione dei LEA ambulatoriali di riabilitazione e comprendono anche la tabella relativa ai criteri di utilizzo delle classi di priorità clinica per l'accesso alla visita fisiatrica.

CRITERI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE AMBULATORIALI

	DISABILITÀ 2	DISABILITÀ 3	DISABILITÀ 4	DISABILITÀ 5
<i>Quadri Clinici</i>	Disabilità: <ul style="list-style-type: none"> • neurologiche • traumatologiche maggiori • oncologiche • respiratorie • cardiologiche • comunicative a maggiore complessità 		Disabilità: <ul style="list-style-type: none"> • mononeuropatiche • traumatologiche minori • comunicative secondarie a chirurgia non oncologica 	Disabilità: <ul style="list-style-type: none"> • ortopedico reumatologiche • comunicative a minore complessità
<i>Complessità Clinico Riabilitativa</i>	Elevata	Elevata/media	Media	Media/Bassa
<i>Temporalità rispetto all'evento Disabilitante</i>	Post acuzie	Cronicità	Post acuzie	Cronicità
<i>Gradiente di Modificabilità</i>	Elevato	Basso/Assente	Elevato	Basso/Assente
<i>Tempi di attesa Massimi per i Trattamenti</i>	10 giorni	90 giorni	15 giorni	120 giorni
<i>Setting</i>	Ambulatoriale - domiciliare	Ambulatoriale - domiciliare	ambulatoriale	ambulatoriale
<i>Livelli</i>	II Livello		I Livello	
<i>Modalità di Erogazione</i>	Valutazioni e trattamenti disabilità maggiore: <ul style="list-style-type: none"> • disturbi funzione motoria • disturbi funzione comunicativa • disturbi funzione integrativa 		Valutazioni e trattamenti disabilità minore: <ul style="list-style-type: none"> • disturbi funzione motoria • disturbi funzione comunicativa 	

Temporalità degli interventi riabilitativi rispetto agli eventi disabilitanti.

Tipologia di evento	DISABILITA' 2	DISABILITA' 3
Neurologico	Ictus, mielopatia, T.C.E. = entro 1 anno Sclerosi multipla = entro 6 mesi da poussée Patologie neuromotorie in età evolutiva = entro i primi 8 anni Lesioni neurologiche periferiche polineuropatiche = in presenza di segni di reinnervazione Per tutte le disabilità neurologiche = dopo int.chirurgici o tossina botulinica.	Ictus, mielopatia, T.C.E. = dopo 1 anno Sclerosi multipla = dopo 6 mesi da poussée Patologie neuromotorie in età evolutiva = dopo gli 8 anni Lesioni neurologiche periferiche polineuropatiche = in assenza di segni di reinnervazione Parkinson - SLA = in ogni fase temporale
Ortopedico Traumatologico Reumatologico Chirurgico	Politraumi = entro 6 mesi Protesizzazione maggiore (anca, ginocchio, spalla) = entro 6 mesi Fratture di femore = entro 6 mesi Fratture monoarticolari complesse delle grandi articolazioni = entro 6 mesi	Politraumi = dopo 6 mesi Protesizzazione maggiore (anca, ginocchio, spalla) = dopo 6 mesi Fratture di femore = dopo 6 mesi
Oncologico	Entro 12 mesi	Dopo 12 mesi
Cardio- Respiratorio	Entro 3 mesi dall'evento acuto/riacutizzazione: 1) sindrome coronaria acuta, 2) infarto miocardio acuto 3) toraco-chirurgia, 4) BPCO, 5) scompenso cardiaco cronico	Dopo 3 mesi dall'evento acuto/riacutizzazione: sindrome coronaria acuta infarto miocardio acuto toraco-chirurgia, BPCO Scompenso cardiaco
Uro-procto-ginecologico	Entro 3 mesi	Dopo 3 mesi
Ortopedico Traumatologico Reumatologico non chirurgico		

Tipologia di evento	DISABILITA' 4	DISABILITA' 5
Neurologico	Lesioni neurologiche periferiche mononeuropatiche = in presenza di segni di reinnervazione – Entro 6 mesi	Lesioni neurologiche periferiche mononeuropatiche = in presenza di segni di reinnervazione – Dopo 6 mesi
Ortopedico Traumatologico Reumatologico chirurgico	Altra chirurgia ortopedica: Entro 6 mesi-	Altra chirurgia ortopedica: Dopo 6 mesi-
Oncologico		
Cardio- Respiratorio		
Uro-procto-ginecologico		
Ortopedico Traumatologico Reumatologico non chirurgico	Fratture, lussazioni monosegmentarie =entro 6 mesi	-Fratture, lussazioni monosegmentarie -Disturbi degenerativi e meccanici -Traumi distorsivi = dopo 6 mesi

Le indicazioni sopra descritte sono state oggetto di specifiche direttive alle ASR della Regione Piemonte per il loro utilizzo da parte di tutto i Servizi di RRF piemontesi, comprese le strutture private accreditate operanti per conto del SSR.

Il progetto è biennale. Per l'anno successivo verranno analizzate tutte le attività di riabilitazione ambulatoriale in rapporto alle indicazioni date e ne sarà letto e valutato il grado di aderenza delle stesse.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 600.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 600.000

- **Linea Progettuale 4: Assistenza ai pazienti in condizione di Stato Vegetativo e Stato Minima Coscienza nella fase degli esiti.**

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

Obiettivi qualitativi:

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

Obiettivi quantitativi:

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

Indicatori

Indicatore 1: Nella Regione Piemonte la prevalenza di Stati Vegetativi e di Stati di Minima Coscienza è di 5,2/100.000 abitanti pari a 227 persone nel 2013 (dato che deriva da dati epidemiologici).

Obiettivo: almeno il 27% di persone in Stato Vegetativo o Stato di Minima Coscienza in convenzione presso Nuclei Stati Vegetativi nel 2013 (valutato sulla base del Tasso di copertura della popolazione di riferimento).

L'obiettivo per l'anno 2013 è stato raggiunto, poiché, sulla base dei dati derivanti dal Flusso informativo regionale dell'Assistenza Residenziale, il Tasso di copertura della popolazione di riferimento risulta:

$$Tc = Ie/Pop (SV + SMC) = 62/227 = 27,3\%$$

- **Numeratore [Ie]:** numero di persone in convenzione in Nuclei Stati Vegetativi nel 2013
- **Denominatore [Pop (SV + SMC)]:** numero di persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza in Piemonte nel 2013

Fonte di riscontro: Flusso informativo regionale dell'Assistenza Residenziale (FAR-RP)

Indicatore 2: Nella Regione Piemonte al 31.12.2012 sono autorizzati al funzionamento ai sensi della D.G.R. n. 62-13647 del 22 marzo 2010 numero 4 strutture con NSV

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

L'obiettivo per l'anno 2013 è stato raggiunto, poiché, sulla base delle Deliberazioni di accreditamento e autorizzazione al funzionamento delle ASL sul cui ambito territoriale insistono le strutture dotate di Nuclei Stati Vegetativi e Stati di Minima Coscienza, il Tasso di copertura delle strutture risulta:

$$Tc = NSV aut / NSV acc = 4/4 = 100\%$$

- **Numeratore [NSV aut]:** numero di NSV autorizzati al 31.12.2012
- **Denominatore [NSV acc]:** numero di NSV accreditati al 31.12.2013

Fonte di riscontro: Deliberazioni di accreditamento e autorizzazione al funzionamento depositate presso gli Uffici della Regione Piemonte.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 3.713.305
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 4.000.000

- **Linea Progettuale 5: Assistenza agli anziani in condizione di fragilità e non autosufficienza**

Denominazione Progetto: Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore di anziani non autosufficienti

Sintesi del contenuto del progetto

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

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

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

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

Tali interventi prevedono diverse modalità di attuazione e precisamente:

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

Verifica dei risultati ottenuti

Nell'anno 2013 la popolazione anziana ultra 65enne della Regione Piemonte era di 1.067.987.

Secondo i dati di una dettagliata ricerca sulla condizione degli anziani nella nostra Regione si stima che l'8% di tale popolazione (circa 85.000 persone) si trovava in condizioni di dipendenza grave o a livelli intermedi di dipendenza.

Il dato rilevato dell'anno 2013 evidenzia circa 11.000 casi presi in carico a fronte di più di 15.000 casi in attesa di presa in carico, con un valore economico medio mensile di intervento pari ad euro 411,00.

Pertanto, a fronte di circa 26.000 richieste di interventi nell'anno 2013, è stato possibile soddisfare oltre il 40% della domanda totale.

Considerazioni conclusive

Nell'anno di riferimento, come negli anni successivi, la Regione Piemonte ha continuato a stanziare oltre ai finanziamenti nazionali risorse proprie, al fine di garantire la continuità degli interventi in essere.

L'insieme delle risorse regionali e statali ha consentito la presa in carico di un numero consistente di persone anziane non autosufficienti e persone disabili, pur in presenza di una lista d'attesa cospicua, dovuta sia alle caratteristiche dell'intervento, sia al gradimento da parte dei cittadini.

La disponibilità finanziaria appare comunque ancora insufficiente nel rispondere alla domanda di sostegno domiciliare sia da parte degli stessi soggetti anziani che, soprattutto, delle loro famiglie, in particolare in un territorio come quello Piemontese, dove continua la crescita dell'incidenza della popolazione anziana non autosufficiente sull'insieme demografico regionale.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 4.125.894
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 4.200.000

• Linea Progettuale 6: Contrasto alle diseguaglianze in sanità

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

Sintesi del contenuto del progetto

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

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

- la recente realizzazione dell'anagrafe regionale degli assistiti (AURA);
- la messa a regime di un sistema regionale di anonimizzazione che assegna ad ogni assistito (presente in AURA) un codice identificativo univoco, a sua volta registrato in tutti gli archivi sanitari.

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

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

Stato di avanzamento e risultati 2013

1. Aggiornamento dell'atlante regionale della mortalità per causa con dettaglio comunale. È stato aggiornato al triennio 2008-2010 l'atlante regionale di mortalità, che riporta il valore di numerosi indicatori di mortalità, derivati dal sistema informativo della mortalità ISTAT, aggregati per ASL, distretto e comune di residenza.

L'atlante è disponibile all'URL: http://www.Regione.Piemonte.it/sanita/ep/mortalita_08_10/index.htm.

2. Aggiornamento dell'atlante regionale dei ricoveri ospedalieri per causa includendo indicatori stratificati per titolo di studio. È stato aggiornato all'anno 2011 l'atlante regionale dei ricoveri ospedalieri, che riporta il valore di numerosi indicatori derivati dal sistema informativo regionale delle schede di dimissione ospedaliera, aggregati per ASL, distretto e comune di residenza, e per titolo di studio.

L'atlante è disponibile all'URL: <http://www.Regione.piemonte.it/sanita/ep/ricoveri2011/index.htm>.

3. Realizzazione di una procedura di interconnessione di fonti informative per la stima della prevalenza di diabete e per il monitoraggio dell'assistenza erogata a questi pazienti nelle diverse aree del Piemonte (ASL/distretti) e in diversi sotto-gruppi di popolazione. È stato messo a punto un algoritmo per la stima delle persone affette da diabete attraverso l'interconnessione di flussi informativi correnti (ricoveri ospedalieri, prescrizioni farmaceutiche, esenzioni ticket), che ha consentito di stimare il numero di pazienti diabetici in Piemonte (circa 280.000), la loro distribuzione sul territorio regionale (ASL) e la relativa prevalenza.

4. Realizzazione di una procedura di interconnessione di fonti informative per la stima della prevalenza di sclerosi multipla e per il monitoraggio dell'assistenza erogata a questi pazienti nelle diverse aree del Piemonte (ASL/distretti) e in diversi sotto-gruppi di popolazione. È stato messo a punto un algoritmo per la stima delle persone affette da sclerosi multipla, a partire dai flussi informativi correnti (ricoveri ospedalieri, prescrizioni farmaceutiche, esenzioni ticket), che ha consentito di stimare il numero di pazienti affetti da sclerosi multipla in Piemonte, la loro distribuzione sul territorio regionale (ASL), la relativa prevalenza e i percorsi assistenziali seguiti dai pazienti. I risultati di questo lavoro sono stati presentati nel corso di un convegno organizzato dalla Regione Piemonte nell'ottobre 2013.

5. Realizzazione di una procedura di interconnessione di fonti informative per la stima della prevalenza di insufficienza cardiaca e per il monitoraggio dell'assistenza erogata a questi pazienti nelle diverse aree del Piemonte (ASL/distretti) e in diversi sotto-gruppi di popolazione. È stato messo a punto un algoritmo per la stima delle persone con insufficienza cardiaca a partire dal sistema informativo delle dimissioni ospedaliere, che ha consentito di stimare il

numero di pazienti in Piemonte, la loro distribuzione sul territorio regionale (ASL) e la relativa prevalenza (circa 2,5%). A partire dai casi così identificati, mediante interconnessione con altre fonti informative (farmaceutica, dimissioni, mortalità) sono stati calcolati numerosi indicatori inerenti il percorso assistenziale seguito da questi pazienti (profilo prescrittivo, ricoveri, etc.) e gli esiti (mortalità a 30 giorni e a 1 anno dal ricovero).

6. Realizzazione di una procedura di monitoraggio delle differenze sociali negli esiti dell'assistenza ospedaliera attraverso l'interconnessione di fonti informative correnti. Utilizzando le stesse procedure statistiche del programma nazionale esiti (PNE) del Ministero della Salute e di AGENAS, sono stati calcolati, utilizzando l'archivio regionale delle dimissioni ospedaliere e l'anagrafe regionale degli assistiti, alcuni indicatori di qualità dell'assistenza erogata, riferiti a percorsi assistenziali di differenti aree cliniche (cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia). Gli indicatori (sia di processo che di esito), calcolati per differenti livelli di scolarità dei pazienti ricoverati, hanno evidenziato associazioni con gli indicatori socioeconomici di diversa intensità per le diverse linee cliniche esplorate.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 333.305
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 333.305

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

Sintesi del contenuto del progetto

Recentemente in Piemonte è stata avviata una sostanziale riorganizzazione delle strutture ospedaliere, individuando una serie di presidi da ristrutturare e riconvertire, per ragioni sia di economia sia di qualità. Una delle finalità di tale riorganizzazione è di assicurare un adeguato volume di attività per le strutture ospedaliere, a potenziale scapito della copertura omogenea del territorio regionale.

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

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

Stato di avanzamento e risultati 2013

1. Documentare e inserire nel Sistema Informativo Sanitario Regionale una matrice delle distanze, misurate in tempo di percorrenza, fra i Comuni del territorio regionale da applicare ai principali indicatori di definizione delle aree interne. La matrice delle distanze fra i Comuni Piemontesi, misurata in tempo di percorrenza, è stata acquisita dall'IRES Piemonte ed inserita, completa di informazioni per l'uso e adeguata documentazione, nell'ambiente dei sistemi di classificazione del DWH del Servizio e della rete epidemiologica Piemontese. La matrice è stata diffusa, tramite il numero 10 della collana Banca Dati, in formato SAS System e Microsoft Access ad altri soggetti interessati. Sono inoltre stati presi contatti con l'Assessorato regionale ai trasporti per l'acquisizione di una nuova matrice delle distanze (misurate in tempo di percorrenza e distanza sul grafo stradale regionale) proveniente dalle evoluzioni delle attività TOC - Traffic Operation Center svolte in collaborazione con il Consorzio 5T.

2. Valutare il profilo epidemiologico della popolazione in rapporto alla distanza dalle strutture ospedaliere, particolarmente rispetto ad alcune patologie. I comuni Piemontesi sono stati caratterizzati per distanza dai dipartimenti di emergenza di diverso livello in relazione al fabbisogno di assistenza in regime di ricovero per le principali specialità mediche e chirurgiche per gli scopi di revisione e programmazione dell'offerta della rete ospedaliera.

3. Sperimentare su almeno una condizione morbosa acuta l'effetto della distanza dal Pronto Soccorso sulla qualità dell'assistenza. È stato elaborato un rapporto sulla relazione tra accesso a procedure interventistiche cardiologiche (angioplastica) in soggetti colpiti da infarto miocardico e distanza dal più vicino laboratorio di emodinamica in Piemonte. È stato messo in evidenza come, all'aumentare della distanza tra comune di residenza e comune sede di laboratorio di emodinamica decresca la probabilità di essere sottoposti ad angioplastica coronarica.

4. Valutare gli effetti previsti della riorganizzazione attualmente in corso di alcune fra le strutture ospedaliere. È stato elaborato un rapporto sull'andamento dell'uso dei ricoveri nelle diverse aree (distretti) della ASL TO3 dove sono intervenuti significativi interventi di riduzione dell'offerta ospedaliera (ospedale di Venaria e ospedale di Avigliana). È stato elaborato un rapporto sull'impatto sulla salute mentale della accessibilità ai servizi nella città di Torino.

5. Valutare le caratteristiche della accessibilità ai servizi e della mobilità in alcune zone del territorio regionale e la capacità delle differenti forme di trasporto e di distribuzione dei servizi di soddisfarla, così come organizzate nei settori non sanitari, in omaggio alla interdisciplinarietà e intersettorialità delle politiche. È stato redatto un rapporto sulla mobilità ospedaliera che ha identificato negli indicatori di reddito e di istruzione i principali determinanti della propensione a cercare risposte ospedaliere fuori dall'offerta della propria Regione di residenza.

Per l'area del Distretto sanitario di Giaveno, sono stati effettuati confronti fra le esigenze di mobilità sanitaria e l'offerta dei servizi di trasporto locale, evidenziando una sostanziale adeguatezza dell'attuale offerta pur in presenza di alcune criticità locali.

6. Individuare e proporre eventuali interventi in grado di assicurare l'accesso appropriato e tempestivo della popolazione residente in aree critiche alle strutture ospedaliere. Sono stati redatti diversi rapporti sulle principali aree interne regionali (Val Maira, Cusio Ossola, Valli di Lanzo, Val Bormida) caratterizzate da scarsa accessibilità a trasporti, scuola e sanità per gli scopi della programmazione straordinaria dei fondi strutturali.

Per l'area di Avigliana, sono state valutate alcune ipotesi di interventi relativi al miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari per gli assistiti di tale area territoriale, prospettando anche nuovi modelli organizzativi nell'erogazione dell'assistenza, compresa l'attivazione di attività di telemedicina.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 330.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 330.000

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

Sintesi del contenuto del progetto

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

Una crescente documentazione scientifica riporta effetti sulla salute prodotti dalle caratteristiche dell'area di residenza, indipendentemente dall'influenza delle condizioni socioeconomiche individuali dei residenti. Sono state identificate alcune caratteristiche salienti della pianificazione urbana in grado di incidere sulla salute dei residenti: la densità, il grado di integrazione tra le funzioni, la disponibilità e la qualità dei servizi e dello spazio pubblico, la segregazione. A loro volta, la vivibilità urbana e il degrado fisico del territorio possono influenzare le condizioni di sicurezza oggettive e soggettive dei cittadini, con possibili riflessi sullo stato di salute della popolazione, in particolare sulla salute mentale, sull'acquisizione di comportamenti a rischio per la salute (fumo, alcol, dipendenze, dieta) e sui conseguenti problemi metabolici e cardiovascolari. L'arricchimento del sistema di monitoraggio con indicatori in grado di descrivere i contesti urbani, per la loro stessa natura, riguarderà in primo luogo l'area metropolitana torinese; si potrà valutare successivamente l'opportunità di ricavare analoghi indicatori anche per altri comuni di grosse dimensioni.

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

Stato di avanzamento e risultati 2013

1. Manutenzione e aggiornamento del sistema di indicatori avviato con il progetto finanziato attraverso i fondi vincolati per l'anno 2012. Il sito regionale dell'epidemiologia Piemonte tiene aggiornati i risultati dell'analisi geografica dei principali indicatori di salute e uso dei servizi in Piemonte. Per quanto riguarda la variabilità sociale è stato elaborato un rapporto sul ruolo della variabilità sociale nella salute e nell'uso dei servizi per gli scopi di riparto del fondo sanitario regionale

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

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

L'ASL TO3 è stata inserita nel sistema ARNO per sperimentare l'acquisizione di una covariata sociale (indice di deprivazione) a livello di sezione di censimento dell'anagrafe assistiti dell'ASL, in modo da propagare la covariata a tutti gli eventi sanitari registrati dai sistemi informativi sanitari dell'ASL per tutti i comuni dell'ASL TO3 al di sopra una certa soglia dimensionale sono stati georeferenziati con successo gli indirizzi degli assistiti in modo da attribuirvi la sezione di censimento e di seguito la covariata sociale di riferimento.

3. Individuazione, costruzione e mappatura di indicatori relativi alla vivibilità urbana e l'ambiente costruito (built environment), all'accessibilità e la qualità di servizi e di spazio pubblico, all'insicurezza e disagio dei territori nell'area metropolitana torinese.

Sono state elaborate tre serie di indicatori per la città di Torino a livello geografico (di sezione di censimento, di zona statistica, di quartiere e di circoscrizione), una per le dimensioni sociodemografiche (invecchiamento, concentrazione di immigrati, deprivazione, segregazione sociale), una per le dimensioni di struttura urbana (densità, mix di funzioni, accessibilità ai trasporti, prossimità a servizi di infanzia, culturali, di sport), una per le dimensioni di sicurezza stradale (incidentalità stradale, incidenti per pedoni e ciclisti) e una per la sicurezza urbana (reclami per violenza, reclami per degrado, reati sulle persone, reati sui beni).

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 300.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 300.000

Denominazione Progetto: Creazione di una strategia nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute

Sintesi del contenuto del progetto

In seguito agli input della comunicazione della Commissione europea del 2009 "Solidarity in health: Reducing health inequalities in the European Union", la commissione Salute della Conferenza Stato Regioni ha incaricato la Regione Piemonte di costituire un gruppo di lavoro interregionale a cui affidare il compito di aggiornare il novero delle evidenze disponibili su dimensioni e meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute in Italia, di formulare raccomandazioni per orientare verso una maggior attenzione agli impatti sulla salute e all'equità i principali atti della programmazione sanitaria e, in misura minore, quella non sanitaria, e di porre le basi che possano facilitare la discussione per la costruzione di una prima strategia nazionale di contrasto alla disuguaglianze di salute. Il gruppo, denominato Equità nella salute e nella sanità (ESS) e coordinato dal direttore del servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3, avrà dunque nei prossimi due anni il duplice obiettivo da una parte di impostare un sistema di sorveglianza capace di monitorare le disuguaglianze di salute e di collocarle all'interno di un quadro concettuale teorico, dall'altra, e anche sulla base dei risultati emersi, di coinvolgere tutti gli attori le cui azioni sociali possono avere un impatto sulla salute all'interno di una rete nazionale capace di rivendicare nei principali circuiti istituzionali una maggior attenzione all'equità e contemporaneamente di intraprendere percorsi virtuosi di contrasto alle disuguaglianze.

Stato di avanzamento e risultati 2013

1. *Realizzazione di un Libro bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia:* Il libro bianco è stato elaborato da gruppi di esperti di settore (sanitario e non sanitario) ed è stato validato e commentato per le implicazioni per le politiche da parte del gruppo di referenti designati dagli assessorati regionali della sanità per i temi dell'equità. Il libro sarà poi pubblicato nel 2014 e messo all'attenzione della conferenza delle regioni e del Ministero della salute.

2. *Consultazioni con gli stakeholder:* I principali contenuti e raccomandazioni del libro bianco sono stati sottoposti a consultazione con tre categorie di stakeholder (rappresentanti di dieci categorie di forze economiche e sociali presso il CNEL, rappresentanti di professioni mediche e sanitarie presso la federazione nazionale degli ordini dei medici, e rappresentanti delle regioni nel gruppo di lavoro equità nella salute e nella sanità).

3. *Promozione dei risultati del Libro bianco*: Sono stati elaborati fascicoli per la comunicazione (su dati e azioni di risposta) riguardanti gli aspetti di maggiore interesse per i principali stakeholder da coinvolgere: politiche del lavoro e della previdenza, promozione della salute sui comportamenti, politiche sanitarie, politiche di genere, modelli di governance per il contrasto delle disuguaglianze.

4. *Creazione di una rete nazionale di contrasto alle disuguaglianze di salute*: È stato mobilitato un network nazionale per l'equità nella salute che comprende:

- sul versante professionale: gli ordini dei medici e numerose associazioni scientifiche e professionali del ramo della sanità pubblica attraverso cui estendere il lavoro al resto delle associazioni mediche e professionali (igienisti e direttori di distretto e di ospedale, epidemiologi, medici del lavoro, psicologi, medici medicina generale, pediatri, psichiatri, geriatri, odontoiatri)
- sul versante delle forze economico-sociali: i principali sindacati, la Confindustria, le piccole e medie imprese, Confagricoltura e coldiretti, Confcommercio e Confartigianato, associazione del privato sociale
- sul versante regionale: gli assessorati alla sanità che sono stati chiamati ad elaborare il piano regionale di prevenzione con attenzione all'equità
- altri soggetti pubblici: Anci e città sane, conferenza dei rettori delle università
- sul versante della società civile: le principali associazioni di volontariato.

5. *Creazione di una campagna di comunicazione*: È stato progettato un sito internet che sarà realizzato successivamente "disuguaglianzedisalute.it" finalizzato sia alla comunicazione dell'avanzamento dei lavori e della documentazione sia alla creazione di comunità di pratica derivanti dall'ingaggio degli stakeholder in questa progettazione di interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 800.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 800.000

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

Sintesi del contenuto del progetto

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

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

Stato di avanzamento e risultati 2013

1. *Aggiornare la produzione e la diffusione degli indicatori di mortalità e morbosità causa-specifica con gli indicatori di monitoraggio dei LEA elaborati nelle esperienze di Remolet*: È stato garantito l'aggiornamento del sistema di indicatori attivo da numerosi anni in Regione Piemonte, arricchito con nuove aggregazioni e selezioni di patologie (mortalità per malattie "amenable", prestazioni incluse nei LEA con un profilo organizzativo potenzialmente inappropriato, DRG ad alto rischio di inappropriately in regime di degenza ordinaria e ricoveri evitabili secondo le aggregazioni dei Prevention Quality Indicators).

Inoltre, molti indicatori di monitoraggio dei lea elaborati nel programma Remolet sono stati applicati per la valutazione della variabilità sociale e geografica dell'assistenza in Piemonte. L'esperienza più significativa è consistita nella valutazione di impatto dell'introduzione del superticket a metà 2013 sull'uso dell'assistenza specialistica in funzione delle caratteristiche sociali degli assistiti in Torino cosa che ha permesso di valutare la sostanziale protezione dei più deboli grazie al meccanismo di esenzioni.

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

Sono stati garantiti la manutenzione e lo sviluppo dell'applicazione MADEsmart, attraverso l'aggiornamento delle fonti dati disponibili, il miglioramento di alcune funzionalità di restituzione degli indicatori calcolati e l'adeguamento della documentazione a supporto dell'utilizzo.

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

È stata completata la progettazione di un modulo di formazione all'utilizzo di MADEsmart erogato in modalità FAD, all'interno della piattaforma regionale di formazione a distanza. Il modulo è stato offerto a livello regionale ed ha riscosso un elevato numero di iscrizioni ed un positivo riscontro misurato tramite la valutazione di gradimento conclusiva. È stata inoltre assicurata l'assistenza ed il supporto per l'utilizzo dell'applicazione e la corretta lettura dei risultati ottenuti.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 350.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 350.000

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

Sintesi del contenuto del progetto

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

Risultati raggiunti nel 2013

1. *Realizzare, aggiornare e mantenere un sistema di sorveglianza per le ondate di calore:* In collaborazione con le ASL del Piemonte e il CSI sono stati prodotti gli elenchi di anziani fragili secondo il protocollo regionale di individuazione dei soggetti anziani (> 75 anni) esposti a rischi clinici a seguito delle ondate di calore. Tali elenchi, nel rispetto delle regole della privacy, sono stati messi a disposizione dei singoli medici di famiglia, che hanno potuto aggiornare gli elenchi e segnalare ai Distretti di competenza la necessità di un intervento integrato a livello socio-sanitario in caso di assenza o 'fragilità' del caregiver stesso.

L'Arpa, da parte sua, ha pubblicato sul proprio sito i dati previsionali delle ondate di calore per l'estate 2014, segnalando a MMG, servizi residenziali e socio-assistenziali periodi di superamento delle soglie di 'attenzione' e 'emergenza onde attivare gli interventi di protezione previsti dal protocollo regionale.

Sono stati elaborati i dati di mortalità della popolazione di 75 anni ed oltre per cause specifiche per i mesi estivi, correlati all'andamento delle ondate di calore, tenendo in considerazione anche gli effetti di harvesting (anticipo di mortalità), che tali fenomeni possono indurre.

2. *Progettare e realizzare un sistema di sorveglianza del rischio di sicurezza per il lavoro vulnerabile:* Nel corso del periodo sono state raccolte e pubblicate su web 22 storie di infortuni gravi o mortali a partire da inchieste svolte da Servizi PreSAL. Pur appartenendo a diversi comparti, le storie riguardano comunque dinamiche particolarmente emblematiche della situazione lavorativa. Nel corso del 2014 è stata avviata la sperimentazione, tuttora in corso di una comunità di pratica. Essa è intesa secondo il modello di Wenger, quindi come gruppo sociale di apprendimento con l'obiettivo di produrre conoscenza organizzata e di qualità cui ogni membro abbia libero accesso. L'obiettivo specifico di questa attività è validare le "indicazioni per la prevenzione" di alcune storie emblematiche trasformandole in "raccomandazioni".

3. *Implementare i due sistemi di sorveglianza dei percorsi clinici dei soggetti fragili delle dipendenze e della salute mentale:* Per il sistema delle dipendenze sono stati resi disponibili 13 nuovi report sul DWH regionale concordati con e interrogabili dagli operatori SerT e dai funzionari regionali riepilogativi dei dati presenti su SPIDI. Per i pazienti psicotici, è stato completato l'arruolamento e il follow up di una coorte di malati psicotici e sono state completate le analisi

relativamente sia all'impatto della malattia psicotica sulla mortalità rispetto alla popolazione generale sia all'impatto del trattamento specifico sulla mortalità producendo due differenti report finali utilizzati in diverse sedi istituzionali e producendo articoli scientifici sottoposti a riviste internazionali.

4. Implementare un sistema di sorveglianza dello stato di salute e delle storie assistenziali degli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e degli Europei Non Iscrivibili (ENI), allo scopo di offrire livelli di assistenza universalistica già disponibili e di sicura efficacia (screening di popolazione dei tumori, assistenza al percorso nascita e sostegno alla genitorialità da progetto nazionale Genitori Più). Progettare un sistema di monitoraggio della salute della popolazione reclusa, che permetta di mettere in luce esigenze specifiche (salute mentale, condotte a rischio suicidario, medicina preventiva, gestione delle malattie infettive e neoplastiche ad esempio).

È stata effettuata l'analisi dei dati relativi al progetto CCM "salute immigrati" fino al 2014, dai risultati si sono avviate 4 azioni:

- estensione del pap test a donne immigrate irregolari in collaborazione tra CPO e Sermig
- implementazione del progetto di prevenzione delle IVG tra le donne straniere
- corso di formazione ai mediatori ed operatori sulla prevenzione e cura delle mutilazioni genitali femminili
- seminario all'ordine dei medici rivolto alle associazioni e ai MMG e specialisti sull'assistenza ai pazienti STP ed ENI e presentazione della guida ai servizi sanitari.

Considerazioni conclusive

Sono stati analizzati i dati relativi agli accessi dei pazienti STP ed ENI ai centri ISI.

Sono state individuate aree prioritarie di intervento sulla popolazione in condizione di restrizione della libertà personale e sono stati portate avanti azioni finalizzate a:

- individuazione precoce e prevenzione del rischio suicidario
- informazione relative agli screening alle donne reclusi.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.600.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 1.600.000

• Linea Progettuale 7: Cure Palliative e Terapia del Dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica

Denominazione Progetto: Programma regionale di Cure Palliative

Sintesi del progetto

Durata del progetto: Continua

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. Programmi di valutazione della qualità delle cure [...].

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

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

Con D.D. n. 388 del 21.05.2013 è stata approvata l'individuazione dei percorsi attuativi della Rete regionale di Cure Palliative, in attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012, di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

Indicatore	2013
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	33%
2) Numero posti letto in Hospice	164
3) Percentuale di Hospice in possesso dei requisiti di cui al DPCM 20 gennaio 2000	100%
4) Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore	49.663
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	83%
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	43%
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	38%
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	21%

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 4.125.895
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 4.200.000

Denominazione Progetto: Programma regionale di Terapia del Dolore

Sintesi del progetto

Durata del progetto: Continua

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

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

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

La Legge n. 38 del 2010, è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore, a livello nazionale. La legge del 26 febbraio 1999, n. 39 infatti è stata il primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative".

Le indicazioni fornite dal citato decreto hanno riguardato i requisiti minimi strutturali (localizzazione, dimensioni generali, tipologia strutturale e articolazione in aree funzionali); i requisiti minimi tecnologici (requisiti minimi impiantistici, fattori di

sicurezza e prevenzione infortuni, dotazioni tecnologiche) ed infine i requisiti minimi organizzativi. Il documento ha reso possibile una definizione più appropriata delle strutture dedicate all'assistenza ai malati, pur rimanendo evidenti alcune criticità, quali la possibilità di assicurare una pari qualità dell'assistenza su tutto il territorio nazionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[...]

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

Hub / Centro ospedaliero di terapia del dolore

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

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

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

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

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

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

Con D.D. n. 156 del 03.03.2013, così come modificata con D.D. 389 del 21.05.2013 è stata approvata l'individuazione delle specifiche delle prestazioni erogate dai Centri Hub&Spoke della Rete regionale di Terapia del Dolore e le loro modalità di funzionamento, in attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131.

In specifico, si precisa che "Viene definita "Hub" la struttura apicale di riferimento nell'ambito della Rete regionale di Terapia del Dolore; ad essa vengono demandati, sia a livello organizzativo che diagnostico/terapeutico interventi di elevata complessità [procedure invasive maggiori] per quei pazienti che, dopo il triage territoriale [...] e dopo una successiva valutazione e trattamento presso lo Spoke di afferenza, necessitano di ulteriori approfondimenti diagnostici e procedure terapeutiche avanzate (legge 38/2010).

Le strutture HUB della Rete regionale di Terapia del Dolore sono così identificate:

- AOU S. Luigi Gonzaga di Orbassano
- Fondazione per l'Oncologia di Candiolo
- Città della Salute e della Scienza di Torino – Ospedale Molinette
- AO S. Croce e Carle di Cuneo
- Ospedale S. Spirito di Casale Monferrato (Asl AL)
- AOU Maggiore della Carità di Novara".

La mission delle strutture Hub della Rete è identificata nell'implementazione di percorsi diagnostico/terapeutici (PDTA) integrati il cui fine deve essere rappresentato da un miglioramento della qualità esistenziale dei pazienti affetti da sindromi dolorose croniche: ciò attraverso una riduzione dell'intensità del dolore, una riduzione della disabilità ad esso secondaria ed una corretta gestione delle risorse terapeutiche".

Le ultime relazioni al Parlamento inerenti all'attuazione della L. 38/2010 sul territorio regionale, identificano, quali procedure invasive maggiori, nell'ambito della Terapia del Dolore, le seguenti:

- Inserzione di pompa di infusione totalmente impiantabile;
- Impianto di neurostimolatori spinali e dei nervi periferici.

Tali procedure sono state prese in esame, per una prima valutazione dell'attività e del funzionamento della Rete regionale di Terapia del Dolore, così come attualmente organizzata.

In specifico, i codici presi in esame sono:

- 86.06 + 03.90
- 03.93 + 86.94; 86.95;86.96;86.97;86.98
- 03.93
- 03.94
- 03.91 + 03.92
- 03.6
- 04.81 +81.92
- 03.96
- 04.79
- 05.9.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 4.125.894
 - Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 4.200.000
- **Linea Progettuale 8: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali**

Denominazione Progetto: Sviluppo e Tutela del benessere e della salute organizzativa

Premesse

L'Assessorato ha individuato e istituito un gruppo di lavoro regionale per promuovere la salute organizzativa delle Aziende sanitarie.

Obiettivo è la promozione della salute organizzativa attraverso la sperimentazione di interventi e azioni mirate per raggiungere il miglioramento della vita lavorativa, ad una maggior qualità dei processi sia per il personale dipendente che per i fruitori ultimi delle prestazioni.

In questo senso l'Assessorato ha organizzato una serie di incontri e individuato un referente aziendale su ciascuna azienda per poter avviare tutte le attività previste dagli indicatori.

In alcune aziende sono state avviate delle attività formative/informative e di sensibilizzazione.

Sintesi del contenuto del progetto

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

Obiettivi

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

Obiettivo qualitativo

- favorire e migliorare i processi di sensibilizzazione di tutto il personale sulle tematiche connesse a salute organizzativa e al benessere psico-fisico nei luoghi di lavoro;
- implementare le azioni tese a:
- prevenire burn-out, stress lavoro-correlato e disagi/malesseri derivanti dalla vita professionale,

- rafforzare l'empowerment e la proattività individuale ed organizzativa,
- migliorare la comunicazione interna intra e inter servizi,
- facilitare i processi e le modalità di collaborazione tra le diverse professioni sanitarie, tecniche ed amministrative,
- favorire lo sviluppo di un dialogo più efficace e di una razionale integrazione delle competenze fra loro complementari;

Obiettivo quantitativo

Esteso gradualmente a tutto il personale delle AASSRR e sperimentato, a livello nazionale (prendendo come riferimento l'esperienza del Laboratorio FIASO) su 65.000 lavoratori della Sanità

Tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili

I diversi percorsi formativi e/o le attività di ricerca sono articolati in durata variabile rapportata all'entità dell'azione di riferimento. Ad esempio

- annuale: rilevazione e analisi dei dati oggettivi dei rischi stress lavoro correlato;
- cicli formativi dalle 16 alle 32 ore sulla promozione della salute organizzativa, stili di leadership, gestione dell'errore, etc.

Indicatori, preferibilmente numerici, di validità dell'intervento proposto:

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

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.200.715
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 1.300.000

Denominazione Progetto: Scuola di Umanizzazione della Medicina

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

La Scuola si è focalizzata su tre direttrici d'intervento riconosciute come strategiche: la formazione universitaria, la formazione professionale ed il rapporto di comunicazione tra Sanità e Opinione Pubblica.

Nell'anno in questione sono stati organizzati degli eventi formativi che hanno coinvolto operatori di tre aziende sanitarie con l'obiettivo di una forte sensibilizzazione su temi quali la comunicazione e l'ascolto da parte degli operatori sanitari verso i pazienti e i loro familiari.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 800.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 800.000

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

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

E' stato realizzato un software aderente sia alle esigenze della riabilitazione di pazienti con gli strumenti informatizzati più recenti, sia alla possibilità di mettere in rete e portare a domicilio del malato lo strumento riabilitativo. Il software è stato aggiornato ed è stata ultimata una fase di sperimentazione avanzata per cogliere i punti di forza e debolezza dello strumento anche con il supporto dell'Università di Torino (Dipartimento di Psicologia).

Si stanno terminando le procedure per far sì che tutte le aziende possano installare il programma e, attraverso il personale debitamente formato, avviare per target specifici di pazienti il percorso riabilitativo a distanza, ovvero presso un ambulatorio o direttamente a casa del paziente stesso.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.300.000
 - Spese sostenute nell'anno 2013: € 1.300.000
-
- **Linea Progettuale 9: Interventi per l'implementazione della Rete nazionale malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari.**

Denominazione Progetto: Promozione di rete nazionale per i tumori rari

Sintesi del progetto

Durata del progetto: 36 mesi

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 progetto si è fatto dunque riferimento a questa situazione per non indurre confusioni di linguaggio e sovrapposizioni di progetti e di linee guida.

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 si ricorda 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.

Nel corso del 2013, sono inoltre state effettuate revisioni di percorsi specifici per la diagnosi e la terapia di TR senza giungere alla elaborazione di nuove Linee Guida che, oltre ad essere di molto difficile stesura verrebbero a pletorizzare un campo già assai affollato da ottime Linee Guida Nazionali e Internazionali.

E' stato definito, quale compito del Dipartimento definire in modo preciso quali siano le Linee Guida 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 caratterizzazione istopatologica difficile (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.

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

Per ogni sottosezione si è fatto riferimento con chiarezza a quale Linea Guida ci si è riferiti.

I dati di attività sono disponibili sul sito:

<http://www.cpo.it/it/open-data/assistenza-oncologica/>

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 3.173.484
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 3.500.000

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

Obiettivi raggiunti

- *Realizzazione di almeno 5 PDTA:* sono stati elaborati 5 PDTA regionali per: le amiloidosi sistemiche, le microangiopatie trombotiche, le retinopatie ereditarie, la neurofibromatosi di tipo 1, le neuropatie disimmuni. Attualmente i PDTA sono in fase di approvazione e di invio sotto forma di raccomandazioni da parte dei competenti uffici regionali.

Non appena diffusi alle Aziende Sanitarie Regionali i PDTA saranno inoltre resi disponibili sul sito: www.malattierarepiemonte.it

- *Corsi di formazione per gli Operatori:* sono stati effettuati, grazie alla collaborazione con gli Ordini dei Medici e con le Società Scientifiche, numerosi corsi accreditati ECM per la formazione degli Operatori:
 - Progetto Osservatorio Malattie Rare - Torino, 5 giugno 2015
 - 17° Convegno su Patologia Immune e Malattie Orfane - Torino, 30-31 gennaio 2014
 - 18° Convegno su Patologia Immune e Malattie Orfane – Torino, 29-31 gennaio 2015
 - Corso “La galenica clinica: uno strumento essenziale per la personalizzazione delle terapie e la continuità ospedale-territorio nel rispetto degli standard di qualità” – Torino, 22 ottobre 2013
 - “Bisogni assistenziali e sostenibilità nelle malattie rare” – Torino, 10 maggio 2014
- *Realizzazione di un progetto pilota* per la somministrazione di terapie enzimatiche sostitutive gestito dall'Assistenza Domiciliare Integrate dell'ASL TO1

Stato di avanzamento degli altri obiettivi

- *Integrazione di un sistema di datawarehouse (DWH) dedicato alle malattie rare:* il sistema è attualmente in via di attuazione all'interno del sistema di DWH sanitario regionale. Ad oggi il sistema di integrazione ha permesso:
 - L'identificazione dei Centri di maggior segnalazione di malattia rara e suddivisione in base a gruppi omogenei di patologia;
 - valutazione della data di decesso dei pazienti afferenti al registro delle malattie rare con conseguente possibile stima della prevalenza;
 - identificazione dei “pattern prescrittivi” per i farmaci ad alto costo (anticorpi monoclonali, sostituti enzimatici, fattori della coagulazione ricombinanti) ed implementazione di sistemi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e dell'utilizzo;
- *Miglioramento della rete* per la produzione galenica ospedaliera: Sono stati aggiornati il prontuario dei galenici e la rete di produzione.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.365.000
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 1.365.000

- **Linea Progettuale 10: Tutela della maternità, percorso nascita, partoanalgesia**

Denominazione Progetto: L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Al momento attuale le attività dei consultori familiari provvedono all'assistenza clinica e diagnostica della gravidanza fisiologica, con la gestione ecografica dello screening prenatale, senza trascurare la valenza sociale di forte impatto per l'integrazione delle donne immigrate e per il sostegno allo sviluppo delle cure parentali.

Il raccordo con la cura ospedaliera è mediato dal bilancio di salute, che viene effettuato in ospedale circa un mese prima del parto.

Nel 2013 sono stati predisposti i profili assistenziali regionali condivisi per l'assistenza addizionale integrata della gravidanza che descrivono i criteri clinici e le modalità organizzative per l'assistenza medica alle donne con patologie della gravidanza (ipertensione cronica in gravidanza, gravidanza gemellare biamniotica bicoriale non complicata, diabete mellito gestazionale) al fine di ridurre gli esiti sfavorevoli materni e/o perinatali e di ottimizzare la collaborazione tra Consultori Familiari, Ambulatori Specialistici pubblici e privati e Punti Nascita.

I suddetti profili sono stati discussi e approvati all'interno del coordinamento regionale dei consultori, condivisi con i Punti Nascita e con i gruppi ospedale-territorio istituiti in ogni ASR e successivamente portati a conoscenza di tutti gli operatori coinvolti.

Dalla verifica condotta presso le ASR è risultato che:

- tali documenti sono stati adottati / integrati in ogni ASR con proprio provvedimento aziendale;
- in quasi tutte le Aziende Sanitarie è stato attivato un ambulatorio aziendale per la patologia della gravidanza e del puerperio con l'integrazione di tutte le competenze disponibili a livello territoriale e ospedaliero

L'Assessorato con il supporto di un gruppo tecnico esperto della tematica, alla luce delle Linee Guida nazionali, dei dati presenti nella letteratura internazionale e dell'esperienza regionale ha poi prodotto i documenti "Profilo assistenziale per le ecografie in gravidanza" e "Profilo assistenziale per lo screening e la diagnosi prenatale delle anomalie cromosomiche e della spina bifida aperta". Questi documenti costituiscono la proposta operativa per uniformare l'offerta assistenziale su tutto il territorio regionale.

Nella revisione dell'Agenda di Gravidanza portata a termine nel 2013 si è dato spazio ai due percorsi specifici:

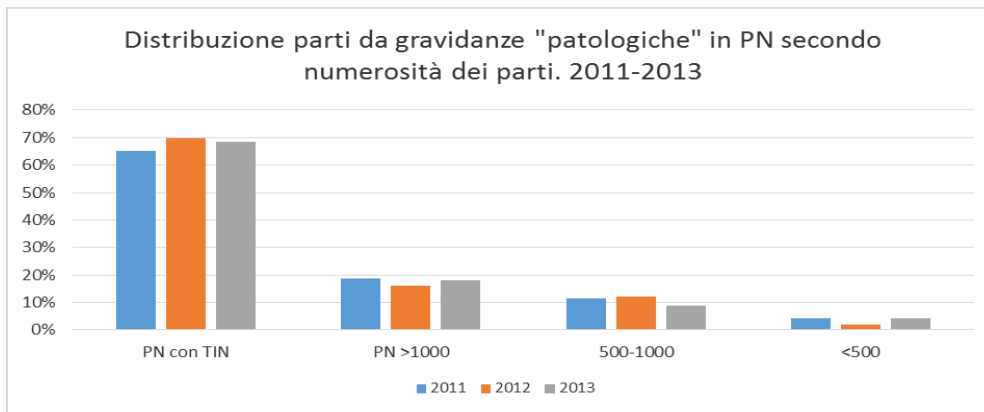
- 1) percorso screening prenatale che contiene:
 - le informazioni che unitamente alla discussione con il professionista potranno guidare la donna ad una scelta informata
 - la flow chart del percorso stesso
 - i moduli per il consenso informato, la valutazione del rischio, la scheda per la comunicazione dell'esito della gravidanza, il promemoria per la donna che deve accedere alla diagnosi invasiva.
- 2) assistenza addizionale in cui, a seconda della situazione di rischio o di patologia, gli operatori raccolgono i profili assistenziali specifici per il rischio e ne descrivono i criteri clinici e le modalità organizzative necessarie

I servizi che offrono assistenza alla gravidanza in Regione sono: studi privati, consultori, ambulatori gravidanze a basso rischio, ambulatori gravidanze a rischio. L'andamento del ricorso ai servizi del SSR nel corso degli ultimi anni è stato il seguente

	Consultori	Ambulatori per il basso rischio	Totale ricorso a servizi pubblici per fisiologia e basso rischio	Ambulatori per gravidanza a rischio
2010	23,3%	6,6%	29,9%	
2011	26,8%	5,6%	32,4%	3,1%
2012	28,3%	5,4%	33,7%	3,5%
2013	30,4%	6,0%	36,4%	4,2%
2014	31,7%	5,8%	37,5%	4,9%
2015 (1° Sem).	32,2%	5,0%	37,2%	4,3%

Gli interventi messi in atto per uniformare l'offerta assistenziale alla gravidanza nel rispetto delle evidenze scientifiche e con l'obiettivo di realizzare l'appropriatezza dell'assistenza hanno condotto ad un incremento del ruolo dei Consultori che è passato dal 23,3% della domanda al 32,2%, in una sostanziale stabilità delle gravidanze riferite ad ambulatori per il basso rischio o la patologia/rischio.

L'appropriatezza del percorso assistenziale si evidenzia altresì attraverso l'indicazione del Punto Nascita adeguato alla situazione di rischio evidenziata nel corso della gravidanza:



Intorno al 70% delle gravidanze patologiche accede per il parto a Punti Nascita dotati di TIN, tra il 15 e il 20% a Punti Nascita con più di 1000 parti/anno.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 2.475.536
 - Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 2.500.000
- **Linea Progettuale 11: Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali**

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

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Attività della Banca del tessuto ovarico e degli ovociti (programma FERTISAVE) per pazienti ad alto rischio di insufficienza ovarica precoce – Anno 2013

Nell'anno 2013 è stato crioconservato il tessuto ovarico di 8 pazienti di età compresa tra gli undici e i trentasei anni.

I campioni di tessuto ovarico sono stati inviati dalle seguenti Aziende:

- Città della Salute e della Scienza di Torino – Ospedale S. Anna e Ospedale Infantile Regina Margherita;
- IRCC Azienda Ospedaliera Universitaria San Martino – Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro di Genova

Le patologie da cui erano affette le pazienti di cui sono stati crioconservati i campioni di tessuto ovarico sono:

- Carcinoma della mammella
- Carcinoma del retto
- Leucemia mieloide cronica
- Linfoma di Hodgkin
- Linfoma non Hodgkin

Nell'anno 2013 le pazienti affette da patologia oncologica o internistica che hanno effettuato un recupero ovocitario con crioconservazione di ovociti maturi presso il Centro di Procreazione Medicalmente Assistita dell'Ospedale S. Anna (AOU Città della Salute e della Scienza) sono 49, di età compresa tra i diciotto e i quarantadue anni.

Le patologie da cui erano affette le pazienti delle quali sono stati crioconservati gli ovociti sono:

- Linfoma di Hodgkin
- Sarcoma
- Tumore della mammella
- Disgerminoma ovarico
- Sclerosi multipla
- Adenocarcinoma del colon

- Carcinoma tiroideo
- Carcinoma gastrico
- Melanoma

Le pazienti hanno firmato un consenso informato che autorizza il Centro di PMA a conservare i campioni del loro tessuto ovarico o i loro ovociti con obbligo di firma per il rinnovo annuale se residenti nella Regione Piemonte.

Per le pazienti non residenti nella Regione Piemonte è previsto un rinnovo tramite dichiarazione inviata via fax con allegato documento di identità.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 3.300.715
 - Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 3.500.000
- **Linea Progettuale 12: Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)**

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

Obiettivi raggiunti

Completamento di un PDTA per la presa in carico diagnostico-terapeutica della cistite interstiziale redatto da un gruppo multidisciplinare, in collaborazione con le Associazioni di pazienti. Attualmente il PDTA è in fase di valutazione presso l'Assessorato alla Salute della Regione Piemonte per alcuni aspetti formali, legati anche ai vincoli di bilancio della Regione.

E' prevista la diffusione del PDTA a tutte le Aziende Sanitarie Regionali ed a tutti gli operatori potenzialmente coinvolti, anche mediante appositi convegni e tramite il sito web della Rete Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.237.768
 - Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 1.300.000
- **Linea Progettuale 13: Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV**

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

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2013, il programma si è articolato come previsto dalla deliberazione regionale sopra citata, con attuazione nella città di Torino.

Di seguito le tabelle di esito:

Classe di età	Numero di donne invitate negli ultimi 3aa (dal 1/1/2011 al 31/12/2013) *	Numero di donne appartenenti alla popolazione residente escluse prima dell'invito per pap test recente*	Numero di donne appartenenti alla popolazione residente escluse prima dell'invito per altro motivo*
<25	16.977		
25-29	93.628		
30-34	104.819		
35-39	139.508		
40-44	152.276		
45-49	152.484		
50-54	134.623		
55-59	124.444		
60-64	124.502		
65+	6.320		
Totale	1.049.581	0	0
Totale 25-64	1.026.284	0	0

Classe di età	Numero di donne invitate con TEST HPV come TEST PRIMARIO di SCREENING	Numero di donne aderenti con TEST HPV come TEST PRIMARIO di SCREENING
<25		
25-29		
30-34	3	3
35-39	3.443	2.046
40-44	2.481	1.513
45-49	4.480	2.793
50-54	2.785	1.703
55-59	3.809	2.275
60-64	1.432	880
65+	138	111
Totale	18.571	11.324
Totale 25-64	18.433	11.213

Classe di età	Donne al 1° screening con HPV(1)		Donne a screening successivi con HPV (2)		Totale donne che hanno fatto esame di screening con TEST HPV	
	Numero di donne con TEST HPV POSITIVO	Numero di donne TEST HPV NEGATIVO	Numero di donne con TEST HPV POSITIVO	Numero di donne con TEST HPV NEGATIVO	Numero di donne con TEST HPV POSITIVO	Numero di donne con TEST HPV NEGATIVO
<25					0	0
25-29					0	0
30-34	0	4			0	4
35-39	200	1.626	12	215	212	1.841
40-44	93	970	28	421	121	1.391
45-49	134	1.521	51	1069	185	2.590
50-54	84	1.029	20	579	104	1.608
55-59	88	1.464	17	715	105	2.179
60-64	21	561	2	298	23	859
65+	0	8	0	103	0	111
Totale	620	7.183	130	3.400	750	10.583
Totale 25-64	620	7.175	130	3.297	750	10.472

Citologia di donne con esito positivo

DIAGNOSI CITOLOGICA	Donne al 1° screening con HPV										
	ETÀ										
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Totale
Cellule tumorali				0	0	0	0	1	0		1
HSIL				6	3	6	1	2	0		18
LSIL				21	7	19	7	6	0		60
ASC-H				4	0	2	0	1	0		7
ASC-US				0	1	0	0	1	1		3
Cellule ghiandolari											0
Negativo per				150	67	97	64	67	17		462
Insoddisfacente				5	3	2	4	1	1		16
Totale	0	0	0	186	81	126	76	79	19	0	567

DIAGNOSI CITOLOGICA	Donne a screening successivi con HPV										
	ETÀ										
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Totale
Cellule tumorali				0	0	0	0	0	0		0
HSIL				0	0	1	0	0	0		1
LSIL				1	4	3	1	1	0		10
ASC-H				0	1	1	0	0	0		2
ASC-US				1	0	0	0	0	0		1
Cellule ghiandolari											0
Negativo per				9	22	44	18	16	2		111
Insoddisfacente				1	0	2	1	0	0		4
Totale	0	0	0	12	27	51	20	17	2	0	129

DIAGNOSI CITOLOGICA	Totale donne che hanno fatto esame di screening con TEST HPV										
	ETÀ										
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	Totale
Cellule tumorali				0	0	0	0	1	0	0	1
HSIL				6	3	7	1	2	0	0	19
LSIL				22	11	22	8	7	0	0	70
ASC-H				4	1	3	0	1	0	0	9
ASC-US				1	1	0	0	1	1	0	4
Cellule ghiandolari				0	0	0	0	0	0	0	0
Negativo per				159	89	141	82	83	19	0	573
Insoddisfacente				6	3	4	5	1	1	0	20
Totale	0	0	0	198	108	177	96	96	21	0	696

Colposcopia di donne con HPV positivo

DIAGNOSI CITOLOGICA	Donne al 1° screening con HPV										
	ETÀ										Totale
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	
Cellule tumorali				0	0	0	0	1	0		1
HSIL				6	3	6	1	2	0		18
LSIL				21	7	19	7	6	0		60
ASC-H				4	0	2	0	1	0		7
ASC-US				0	1	0	0	1	1		3
Cellule ghiandolari											0
Negativo per lesioni											0
Insoddisfacente				5	3	2	4	1	1		16
Totale	0	0	0	36	14	29	12	12	2	0	105

DIAGNOSI CITOLOGICA	Totale donne che hanno fatto esame di screening con TEST HPV										
	ETÀ										Totale
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	
Cellule tumorali				0	0	0	0	0	0		0
HSIL				0	0	1	0	0	0		1
LSIL				1	4	3	1	1	0		10
ASC-H				0	1	1	0	0	0		2
ASC-US				1	0	0	0	0	0		1
Cellule ghiandolari											0
Negativo per lesioni											0
Insoddisfacente				1	0	2	1	0	0		4
Totale	0	0	0	3	5	7	2	1	0	0	18

DIAGNOSI CITOLOGICA	Totale donne che hanno fatto esame di screening con TEST HPV										
	ETÀ										Totale
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65+	
Cellule tumorali				0	0	0	0	1	0	0	1
HSIL				6	3	7	1	2	0	0	19
LSIL				22	11	22	8	7	0	0	70
ASC-H				4	1	3	0	1	0	0	9
ASC-US				1	1	0	0	1	1	0	4
Cellule ghiandolari				0	0	0	0	0	0	0	0
Negativo per lesioni				0	0	0	0	0	0	0	0
Insoddisfacente				6	3	4	5	1	1	0	20
Totale	0	0	0	39	19	36	14	13	2	0	123

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.237.768
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 1.300.000
- **Linea Progettuale 14: Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile**

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

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti

Durata del progetto: Continua

Il carcinoma della prostata rappresenta un problema oncologico e di sanità pubblica importante; esso è la terza causa di morte per tumore tra gli uomini. La sua incidenza è in continuo aumento, in Italia come in molte altre parti del mondo, pur

se la mortalità per tumore della prostata rimane sostanzialmente stabile nel tempo. Questo fenomeno, almeno nei Paesi industrializzati, è principalmente la conseguenza di una maggiore diffusione delle informazioni sul tumore che ha portato ad una diffusa pratica di screening opportunistico in assenza di studi che ne abbiano chiaramente dimostrato l'efficacia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Commissione Oncologica regionale (COR), così come rinnovata con D.G.R. n. 57-4260 del 30.07.2012, ha fra i propri compiti la disseminazione delle linee guida sul territorio regionale, in stretta collaborazione con il Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Nel corso dell'anno 2013 la Commissione Oncologica ed il Dipartimento della Rete Oncologica hanno lavorato, con propri gruppi, alla disseminazione ed al monitoraggio delle linee guida sulla diagnosi ed il trattamento del carcinoma della prostata, al fine di ridurre gli effetti della sovradiagnosi e di adottare i percorsi assistenziali appropriati.

I dati di attività sono disponibili sul sito:

http://www.cpo.it/it/open-data/assistenza-oncologica/%5B%5B:alnum:%5D%5D*/2013/%5B%5B:alnum:%5D%5D*/peso-drg/%5B%5B:alnum:%5D%5D*/%5B%5B:alnum:%5D%5D*/prostata/%5B%5B:alnum:%5D%5D*/%5B%5B:alnum:%5D%5D%

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.237.768
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 1.300.000

- **Linea Progettuale 15: Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit di Attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive nell'infanzia e nell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di Riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali**

Denominazione Progetto: Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR

I modelli operativi di assistenza riguardano le seguenti patologie:

- ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
- AUTISMO
- DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

ADHD E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

Relativamente all'ADHD in età evolutiva, è stata avviata la revisione della Rete Regionale per il disturbo dell'ADHD (sindrome da iperattività e deficit dell'attenzione) prevista dalla DGR 4-8716 del 5.5.2008 che ha individuato i centri specialistici regionali abilitati al rilascio di piano terapeutico per metilfenidato e atomoxetina, nonché alla diagnosi e cura di questa patologia.

E' stata predisposta la DGR n. 20-7246 del 17 marzo 2014 di rettifica delle DD.GG.RR. n. 18-10723 del 9.2.2009 e n. 13-10889 del 2.3.2009 che ha aggiornato l'elenco delle condizioni di salute definibili all'interno delle Esigenze Educative Speciali, tra cui l'ADHD. La suddetta DGR ha inoltre dato atto che ai sensi della normativa del MIUR, le Esigenze Educative Speciali sono individuate nell'ambito dei BES e rappresentano condizioni di salute a rilevanza sanitaria, per le quali i servizi sanitari, su richiesta della famiglia, possono accertarne la diagnosi e certificarla per favorire l'inclusione nel percorso scolastico.

Il trattamento di prima scelta del Disturbo consiste in interventi riabilitativi multimodali, di tipo cognitivo-comportamentale e psicopedagogico, col bambino, la famiglia e l'ambiente di vita del bambino. In pochi e selezionati casi, particolarmente gravi e/o di difficile trattamento per la presenza di comorbilità significative, all'intervento multimodale viene associato un intervento farmacologico con farmaci psicostimolanti.

I servizi di Neuropsichiatria Infantile hanno diagnosticato e preso in carico negli ultimi tre anni i seguenti pazienti:

ADHD Numero di pazienti diagnosticati e presi in carico	
2012	1.071
2013	1.233
2014	1.200
TOTALE	3.504

Di questi 3.504 pazienti solo 103 come verrà meglio dettagliato in seguito sono stati messi in terapia farmacologica mentre gli altri pazienti beneficiano di trattamenti non farmacologici.

AUTISMO

L'applicazione della raccomandazione regionale del 20/4/2009 è monitorata dal Coordinamento regionale per l'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (istituito con D.D. n. 205 del 4/5/2009, rinnovato ed integrato con D.D. n. 921 del 12/12/2012). Con la D.D. n. 283 del 28 aprile 2015, lo stesso è stato integrato con due rappresentanti del Coordinamento Autismo Piemonte, in rappresentanza delle Associazioni regionali nell'ambito dell'autismo.

Sulla base delle indicazioni della D.G.R. n. 22-7178 del 3 marzo 2014 che ha recepito l'Accordo Stato Regioni del 22 novembre 2012 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", si sta concludendo nelle ASR, l'iter di costituzione dei nuclei di operatori formati, definiti "Nucleo DPS (Disturbi pervasivi dello sviluppo)", composto da tutti gli operatori di riferimento per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (e del superamento del criterio della consulenza) deputato/i alla gestione del percorso diagnostico ed alla definizione del progetto personalizzato di trattamento.

La DGR 22-7178 del 3.03.2014 ha dato inoltre mandato alla Direzione Sanità di adottare con successivi atti, la definizione del percorso di diagnosi ed il programma di trattamento per l'età evolutiva.

A tal fine la Determinazione Dirigenziale n. 504 del 23.05.2014 adotta e ne stabilisce l'utilizzo da parte dei Nuclei DPS delle Aziende Sanitarie Regionali, le schede: "Diagnosi Clinica e Valutazione Funzionale" e "Programma di Percorso Presa in Carico Globale (sanitaria, sociale, educativa)".

Tali schede consentono la definizione delle modalità operative in merito al percorso diagnostico ed al programma di trattamento, al fine della formulazione della diagnosi e della presa in carico globale del minore con Disturbi Pervasivi dello Sviluppo.

DISTURBI DEL LINGUAGGIO E DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO

Relativamente ai disturbi specifici di apprendimento (DSA) la DGR n. 16-7072 del 4.02.2014, ha approvato, in ottemperanza della Legge 170/2010, le nuove norme in materia di disturbi specifici dell'apprendimento in ambito scolastico, ha recepito l'accordo Stato/Regioni del 25 luglio 2012 e ha definito le modalità di relazione scuola-famiglia-servizi sanitari attraverso l'approvazione dello schema di protocollo di intesa con l'Ufficio Scolastico regionale e di due schede di segnalazione "collaborazione scuola – famiglia - servizi sociosanitari descrittiva delle abilità scolastiche" utili ad attestare gli interventi posti in essere da parte della scuola ed a descrivere gli alunni.

Ai sensi della suddetta D.G.R. sono stati istituiti in ogni ASL il/i Gruppo/i Disturbi Specifici di Apprendimento (GDSAp) deputato/i alla gestione del percorso diagnostico;

Con la D.D 496 del 22 maggio 2014 sono state approvate le indicazioni operative per la realizzazione del percorso finalizzato alla formulazione della diagnosi di DSA e al rilascio della certificazione valida per l'attivazione di tutti i benefici previsti dalla DGR n. 16-7072 del 4.02.2014, attraverso il "percorso di diagnosi e di certificazione".

La suddetta D.D. ha stabilito inoltre che, al fine della formulazione della diagnosi e certificazione di DSA, il/i GDSAp istituito/i in ogni ASL, si dovrà avvalere delle seguenti schede, allegate alla D.D.:

- Allegato A) Percorso di Diagnosi e Certificazione;
- Allegato B) Referto diagnostico DSA;
- Allegato C) Certificazione di DSA;
- Allegato D) Rivalutazione sanitaria delle abilità scolastiche;
- Allegato E) Richiesta rilascio certificazione DSA (professionisti sanitari privati);
- Allegato F) Certificazione di DSA (successiva all'Allegato E).

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 3.300.715
 - Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 3.500.000
-
- **Linea Progettuale 16: Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management**

Denominazione Progetto: Programma regionale Sicurezza e Rischio Clinico

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

La linea progettuale di cui trattasi, per cui è prevista una durata pluriennale (2013-2015), nasce in attuazione del Programma 18 titolato "Sicurezza e rischio clinico" dei PP.OO. 2013-2015, elaborati fin dall'inizio dell'annualità 2013, e successivamente approvati con DGR n. 25-6992 del 30.12.2013 - recante "Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012". Il Programma 18 ha definito specifiche attività progettuali per l'analisi e la successiva implementazione di sistemi di monitoraggio delle condizioni che favoriscono l'accadere degli eventi avversi. Principale obiettivo connesso alla Linea progettuale di cui trattasi è costituito dalla riduzione degli eventi avversi, attraverso una puntuale definizione del profilo di rischio dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie e l'aumento della consapevolezza degli elementi importanti per l'abbattimento del rischio. Alla riduzione degli eventi avversi è inoltre correlata, sotto il profilo quantitativo, una riduzione dei costi connessi alle coperture assicurative ed al contenzioso.

A partire dalla deliberazione n. 14-8500 del 31.03.2008 la Giunta regionale ha fornito alle Aziende Sanitarie Regionali indicazioni per la gestione del rischio clinico richiedendo alle ASR di organizzare una funzione permanente dedicata al miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure mediante un approccio gestionale globale della sicurezza che comprende, e tende ad integrare, sia gli aspetti statici (strutturali) e dinamici (organizzativi), sia le modalità di controllo degli eventi avversi (connessi a farmaci, dispositivi medici, complicazioni post chirurgiche, infezioni nosocomiali, ecc.). Il monitoraggio condotto nell'anno 2013 ha evidenziato che l'attuale configurazione, a livello aziendale, della funzione di gestione del rischio clinico prevede, in talune ASR, l'attivazione di specifici gruppi multiprofessionali e multidisciplinari denominati Unità di Gestione del Rischio Clinico (U.G.R.C.); in altre ASR è stata invece costituita apposita Struttura aziendale dedicata.

Fra i progetti tematici definiti nell'ambito del Programma Operativo 18 vi sono azioni finalizzate all'implementazione di campagne per la sicurezza del paziente, con particolare riguardo alle tematiche della prevenzione delle cadute nelle

strutture di ricovero, della sicurezza in sala operatoria, della sicurezza del percorso di prescrizione e somministrazione dei farmaci, dell'emergenza intraospedaliera.

Il progetto tematico "Prevenzione delle cadute nelle strutture sanitarie", di cui all'Azione 18.1.6 dei PP.OO. 2013-2015, è finalizzato alla riduzione delle cadute dei pazienti ricoverati; le cadute rappresentano il più comune evento avverso negli ospedali e nelle strutture residenziali e possono determinare conseguenze dannose, immediate e tardive, anche gravi. Il risultato programmato nell'ambito dell'Azione 18.1.2 è quello aumentare la consapevolezza, da parte degli operatori delle ASR, sulla necessità di perseguire l'implementazione di azioni specifiche aziendali e delle raccomandazioni ministeriali per minimizzare il rischio dell'ulteriore verificarsi di eventi sentinella.

Nell'ambito di tale progetto si è provveduto alla definizione degli strumenti utili al fine di ridurre il rischio di caduta del paziente, in particolare:

- glossario unico regionale per definire la terminologia univoca da adottare su cadute ed eventi sentinella e l'individuazione di alcuni indicatori di risultato per consentire confronti tra realtà aziendali diverse;
- per la prevenzione del rischio cadute da condizioni personali: strumento di rilevazione, valutazione del rischio caduta e monitoraggio delle misure correttive attuate anche mediante scala di valutazione e monitoraggio pazienti in terapia;
- per la prevenzione del rischio cadute da condizioni ambientali: individuazione e monitoraggio delle criticità strutturali e di funzionamento e responsabilizzazione dei servizi preposti alla manutenzione, pulizia, ecc.;
- per la prevenzione del rischio cadute da carenza informativa: opuscoli tipo per gli utenti e informazione ai pazienti e ai famigliari che prestano loro assistenza sui rischi derivanti da comportamenti non idonei in relazione allo stato di salute.

Il progetto tematico "Sicurezza in sala operatoria", di cui all'Azione 18.1.7 dei PP.OO. 2013-2015, si pone come obiettivo quello di fronteggiare il rischio legato all'attività chirurgica e si inserisce nell'ambito della campagna lanciata nel 2007 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e ripresa dal Ministero della Salute nel 2009 con il "Manuale per la sicurezza in sala operatoria". In attuazione del progetto si è provveduto all'elaborazione di un documento "Linee di indirizzo per la sicurezza in sala operatoria – Indicatori soglia" che definisce, per ognuno dei 15 obiettivi e relativi criteri, individuati dal "Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist" del 2009, gli indicatori soglia che devono essere soddisfatti dalle procedure/protocolli utilizzati nelle ASR Piemontesi; il documento traccia pertanto una soglia minima di sicurezza (misurabile) per l'attività di sala operatoria in Piemonte. E' stato inoltre avviato il monitoraggio in merito all'adozione della Check list in sala operatoria.

Il progetto tematico "Scheda unica di terapia" si pone l'obiettivo contrastare gli errori di terapia attraverso l'elaborazione di uno strumento di comunicazione interna che integra in un unico documento tutte le informazioni sul processo terapeutico del paziente ricoverato; la "Scheda" è riconosciuta quale strumento utile a far fronte ai problemi di comunicazione che rappresentano la prima causa degli errori di terapia. Nel corso dell'annualità 2013 è stato effettuato un apposito monitoraggio in merito alla diffusione delle SUT a livello aziendale che ha evidenziato che è presente in tutte le ASR, il numero ed il tipo dei reparti coinvolti risulta tuttavia differenziato fra le varie realtà aziendali ed incompleto. Il gruppo di lavoro costituito nell'ambito della specifica progettualità ha pertanto avviato un percorso finalizzato alla definizione di criteri di buona gestione della prescrizione e somministrazione del farmaco che rilevano quali requisiti di sicurezza che devono essere presenti in tutte le SUT utilizzate dalle Aziende Sanitarie con riferimento alle due fasi portanti del processo terapeutico, ovvero la prescrizione e la somministrazione. In tal modo si è provveduto, in conformità all'obiettivo che si poneva il Programma, all'avvio di specifiche azioni volte alla creazione di un sistema, laddove possibile informatizzato, di rilevazione e analisi del rischio estensibile a livello regionale.

Il programma di implementazione e monitoraggio della Raccomandazione per la sicurezza nella terapia oncologica mira a fornire agli operatori sanitari coinvolti, a vari livelli, nel processo di gestione del farmaco, linee di indirizzo per prevenire il verificarsi degli eventi sentinella, con particolare riguardo a quelli correlati all'impiego di farmaci ad alto rischio o ad elevato livello di attenzione. Nel corso dell'annualità 2013 è stato costituito un gruppo di lavoro per implementare il recepimento e l'attuazione, da parte delle ASR, delle Raccomandazioni per la sicurezza nella terapia oncologica. Sono stati inoltre implementati gli strumenti per il monitoraggio, presso le ASR, del percorso di recepimento delle Raccomandazioni ministeriali attraverso la predisposizione del "Questionario conoscitivo". E' stato avviato il monitoraggio in merito all'effettuazione da parte di almeno il 75% delle ASR dell'autovalutazione sulla sicurezza nella terapia oncologica.

Il programma regionale per l'emergenza intraospedaliera scaturisce dalla consapevolezza e dalle evidenze scientifiche disponibili che negli ospedali è possibile, molte volte, prevenire gli arresti cardiaci, ridurre l'incidenza di gravi eventi avversi, ridurre i ricoveri inattesi e/o inappropriati in Terapia Intensiva e di conseguenza le morti evitabili. Si è provveduto, nell'ambito dell'annualità 2013, alla messa a punto degli strumenti utili a migliorare l'organizzazione di risposta alle emergenze cliniche intraospedaliere (Rapid Response System) attraverso l'avvio a regime della raccolta dei dati degli arresti cardiaci con implementazione e aggiornamento dei piani aziendali nonché riduzione dei tempi di attivazione e di risposta del Medical Emergency Team (MET).

Nell'ambito dei progetti tematici di cui sopra, in conformità agli obiettivi che si poneva il Programma, si è provveduto alla definizione di Manuali/Linee di indirizzo per la riduzione degli errori/eventi avversi idonei a favorire l'appropriatezza delle prestazioni con conseguente riduzione dei costi. Sono stati inoltre effettuati, nel corso del 2013, svariati interventi formativi rivolti al personale coinvolto nel tema specifico in oggetto (medici, infermieri, tecnici, etc.).

Nell'ambito del rischio clinico, risulta altresì correlata al programma regionale, la realizzazione, sia a livello regionale che aziendale, di audit clinici finalizzati al miglioramento continuo della qualità. L'audit clinico, in particolare, inteso come revisione strutturata tra pari delle modalità e degli esiti di una o più attività, è stato implementato quale metodo di

Governance. In particolare sono stati promossi percorsi di formazione per la diffusione dello strumento ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza (audit clinico-assistenziale) con preparazione specifica di auditor interni e/o facilitatori della riprogettazione; sono stati altresì avviati progetti di riorganizzazione aziendale con monitoraggio delle diverse fasi di implementazione (audit organizzativo-gestionale).

L'audit, che talora, con riferimento a specifiche realtà aziendali e specifici percorsi, è stato altresì strutturato come audit permanente e/o puntuale, ha riguardato, in particolare, gli ambiti di seguito indicati:

- audit clinico regionale sull'adenotonsillectomia e governo di local clinical audit;
- implementazione percorso di "Gestione di terapia antineoplastica" per definire la contestualizzazione di un percorso di gestione del farmaco antineoplastico secondo la Raccomandazione n. 14/2013;
- valutazione qualità documentazione clinica, indicatori di processo;
- valutazione certificazione del laboratorio analisi;
- verifica applicazione protocolli aziendali;
- audit finalizzati alla correzione eventi avversi e ad apportare azioni di miglioramento;
- gestione del processo trasfusionale nelle unità di cura aziendali;
- prevenzione violenza a danno degli operatori;
- prevenzione infezioni correlate all'assistenza – ICA;
- criticità nelle strutture assistenziali;
- terapia antibiotica empirica;
- procedura profilassi antibiotica preoperatoria;
- audit equipe medicina d'urgenza;
- audit ictus cerebrali;
- audit disturbi specifici dell'apprendimento;
- scompenso cardiaco;
- percorso nascita e parto cesareo;
- applicazione corretta delle procedure per la prevenzione della tromboembolia venosa post chirurgica e per prevenire la ritenzione di garze, strumenti, ecc.;
- aderenza al percorso del paziente diabetico secondo il piano della qualità dell'assistenza diabetologica;
- mantenimento della certificazione ISO nell'Obitorio;
- consultori familiari DMI: applicazione protocolli violenza sulle donne;
- certificazione del laboratorio analisi;
- eventi infettivi in Ematologia corretto utilizzo degli antimicrobici;
- eventi infettivi e corretto utilizzo degli antimicrobici in DEA e Pronto Soccorso;
- eventi infettivi e corretto utilizzo degli antimicrobici in Chirurgia.

Al fine della realizzazione dei percorsi di audit, come sopra delineati, è stata prevista la realizzazione di corsi per auditor finalizzati a formare professionisti abilitati a tenere audit in strutture aziendali. I corsi sono stati accreditati ECM e sono stati condotti trasversalmente sui presidi delle ASR garantendo la partecipazione di tutti i professionisti sanitari coinvolti nel tema specifico in oggetto (medici, infermieri, tecnici, etc.).

Nell'ambito del monitoraggio degli eventi avversi, in conformità alla previsioni del Programma regionale, si è altresì provveduto all'implementazione di progetti finalizzati all'adozione di sistemi informativi idonei a consentire una sensibile riduzione del rischio di eventi avversi. In particolare è stata avviata la realizzazione di un nuovo specifico applicativo regionale per agevolare la compilazione e l'alimentazione, nel pieno rispetto della vigente normativa privacy, dei flussi informativi previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005 istitutiva del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità – SIMES, nonché per l'implementazione del database dei sinistri e degli eventi sentinella che si verificano nelle ASR. L'obiettivo è quello di garantire, nell'ambito del programma regionale di gestione dei rischi sanitari della responsabilità civile delle ASR, attivo in Regione Piemonte sin dal 2005, un sistema di mappatura idonea a favorire l'analisi dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi nonché di individuare le azioni preventive con implementazioni di raccomandazioni specifiche per minimizzare il rischio di ulteriore verificarsi di questi particolari eventi avversi.

In tal modo è stata avviata la realizzazione dell'obiettivo quantitativo connesso al progetto che prevedeva la costituzione di archivi (serie storiche) degli eventi avversi onde consentire una misurazione seriata che permetta di evidenziare aumenti e diminuzioni nonché attivazione di processi di benchmarking.

Sono stati altresì analizzati gli strumenti per l'avvio del monitoraggio delle azioni di miglioramento implementate dalle ASR a fronte dell'occorrenza degli eventi sentinella.

Il monitoraggio effettuato a livello aziendale ha altresì evidenziato un'implementazione di sistemi informativi quali il modulo informativo di gestione della terapia (o scheda unica di terapia), parte integrante della cartella clinica, che

permette il governo di tutte le fasi connesse alla terapia farmacologica; la scheda informatizzata di segnalazione delle cadute quale strumento di rilevazione, analisi e monitoraggio dei determinanti del rischio di caduta; il progetto per migliorare l'appropriatezza della profilassi della TVP/EP e dell'uso dei nuovi anticoagulanti orali che mira a minimizzare le complicanze del trattamento con i nuovi anticoagulanti orali e fornire un supporto informatico al medico ospedaliero per stratificare correttamente il rischio trombotico del paziente ricoverato; il progetto di Stewardship antibiotica che si propone di ottimizzare l'utilizzo degli antibiotici in ospedale con la collaborazione di diverse figure professionali: farmacista, igienista, infettivologo, microbiologo e clinici di varie discipline, allo scopo di ridurre l'insorgenza di resistenze microbiche locali e di contenere i costi.

Sotto il profilo dell'adeguamento dei sistemi di accreditamento regionali, nel corso del 2013, è stato avviato un lavoro di revisione del manuale di accreditamento, che prevede l'individuazione dei requisiti di accreditamento per ulteriori settori specialistici nonché la ridefinizione del sistema di accreditamento (sia pubblico che privato) che superi le tre fasce e che si allinei al sistema di accreditamento stabilito a livello nazionale così come previsto dall'Accordo Stato Regioni in data 20/12/2012, recepito dalla Regione Piemonte con DGR n.9-6021 del 28 giugno 2013.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 8.251.789
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 8.500.000

• Linea Progettuale 17: Implementazione del Codice Etico nelle aziende sanitarie

Denominazione Progetto: Carta Etica nelle Aziende Sanitarie Regionali

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Carta Etica: "Dare qualità e vita al lavoro". È questo il titolo del documento nato dalla collaborazione tra le aziende sanitarie dell'Area del Piemonte Nord Orientale, (ASL BI, AOU "Maggiore della Carità" di Novara, ASL di Novara, ASL di Vercelli e ASL VCO), frutto di un progetto che si inserisce nel solco di una precedente esperienza condotta dall'ASL BI insieme al Policlinico di Monza a partire dal 2009.

Le aziende sanitarie coinvolte nel progetto hanno sostenuto un percorso, accomunate dall'intento di interrogarsi sullo stato di salute del sistema di relazioni interpersonali e organizzative, all'interno del quale i rispettivi dipendenti sono chiamati a dare il proprio contributo umano e professionale. Infatti, le riflessioni, le idee e gli spunti contenuti nella Carta Etica sono frutto dell'impegno, delle capacità, dell'energia e della disponibilità a mettersi in gioco, che gli operatori coinvolti hanno messo in campo nell'affrontare il percorso etico a loro proposto.

Al centro del documento vi è la consapevolezza che organizzare in modo efficiente e razionale il lavoro e le competenze è uno dei compiti di una buona azienda sanitaria ma anche il fatto che questa deve definire percorsi in grado di dare una dimensione di senso e di qualità alla vita professionale degli operatori, che partecipano con il loro apporto al raggiungimento dei risultati di salute. Le prestazioni sanitarie e i servizi resi alla popolazione vanno, infatti, sempre collocati in una dimensione relazionale improntata alla collaborazione e all'ascolto reciproco tra personale sanitario, pazienti e famigliari, trovando nella dimensione umana, oltre che in quella tecnica, una prospettiva di miglioramento continuo. La Carta Etica raccoglie idee, esperienze, punti di vista di alcuni operatori delle ASL del Quadrante relative alla loro vita professionale con l'obiettivo di promuovere, sviluppare e diffondere all'interno delle organizzazioni sanitarie una cultura condivisa sull'etica fatta di azioni, comportamenti, valori, orientamenti strategici in tema di gestione delle attività sanitarie.

La Carta aiuta a riflettere sulla qualità del proprio lavoro e sul benessere della vita lavorativa. Propone e discute alcuni esempi di buon comportamento e linee guida per orientarsi e sulle quali impostare l'azione lavorativa quotidiana, vuole far nascere idee, stimolare riflessioni e risposte personali ai problemi etici che sorgono in ambito professionale. Proprio per questo è aperta a contributi, continue integrazioni e modifiche al fine di essere sempre aggiornata.

Presso l'ASLTO3 il "Progetto Carta etica" è stato avviato già nel settembre del 2008, nella delicata fase di creazione della nuova grande azienda.

In sinergia con l'ANCI Piemonte sono stati coinvolti i comuni del territorio fra cui alcuni comuni individuati come capifila.

Il progetto, intende creare un grande patto etico comportamentale, finalizzato a identificare e progettare le condizioni per un lavoro più degno, più appagante, più vicino allo spirito di chi eroga il servizio e di coloro che lo fruiscono.

Il Progetto Carta Etica rappresenta un percorso che verrà messo a disposizione della collettività delle aziende sanitarie e degli enti, a livello nazionale, come sperimentazione di un modello innovativo esportabile in qualsiasi azienda che dimostri sensibilità verso questi temi. Infatti le iniziative individuate di particolare interesse confluiscono nel Laboratorio Etico Permanente che si è insediato il 16 aprile 2010. Queste proposte rappresentano ricadute concrete del Progetto Carta Etica, e interessano trasversalmente tutta l'ASL TO3, coinvolgendo un numero significativo di operatori e di strutture che, nello specifico, hanno dato la loro disponibilità a collaborare per diffondere i principi ed i valori della carta etica.

Più in generale, nel corso del 2013 sono stati avviati numerosi corsi di formazione sui temi etici, di responsabilità professionale, di centralità del cittadino, di organizzazione del lavoro fondato su temi etici condivisi, di corretta relazione

col paziente, sulla soddisfazione dei suoi bisogni di salute, di promozione di stili di vita adeguati, ecc. Tutti questi corsi sono il risultato tangibile di uno sforzo regionale per diffondere e promuovere tra tutti i professionisti tali concetti e contenuti.

Si indicano di seguito le principali tematiche affrontate nell'ambito dei corsi di formazione realizzati a livello aziendale, nell'anno 2013, su temi etici:

- corsi per operatori front line;
- corsi per personale di triage accoglienza/gestione paziente (aspetti relazionali);
- punti di informazione affidati ai Volontari, corsi di formazione per Volontari;
- schede informative per consenso informato;
- locale dedicato per colloquio con familiari di pazienti in terapia intensiva;
- umanizzazione delle aree di degenza e degli ambulatori;
- miglioramento degli spazi lavorativi;
- implementazione percorsi diagnostico terapeutico assistenziale;
- piani operativi per il contenimento delle liste di attesa;
- privacy e sicurezza dei dati sensibili;
- prevenzione violenza operatori sanitari (convegni, consigliera di fiducia);
- rispetto di genere (tutela della maternità, permessi, inserimento graduale post maternità);
- telemedicina;
- promozione cultura della donazione;
- rispetto del "fine vita" (cure palliative, hospice);
- ospedale senza dolore.

Molti degli interventi formativi di cui sopra sono stati condotti in un'ottica di formazione-intervento; il gruppo, composto da professional (medici, psicologi, infermieri, ecc.) e responsabili di servizio e dirigenti amministrativi, si confronta intorno a diverse problematiche di ordine etico-clinico ed etico-gestionale con il mandato di proporre analisi e orientamenti perseguibili dalle diverse articolazioni organizzative e a livello aziendale.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 827.923
- Spese sostenute nell'anno 2013: € 827.923

• Linea Progettuale 18: Piano nazionale prevenzione

Denominazione Progetto: Piano regionale di prevenzione 2013

Sintesi del contenuto del progetto

A seguito dell'Accordo Stato-Regioni n. 53/CSR del 7/02/2013, che ha prorogato la vigenza del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 a tutto il 2013, la Regione Piemonte ha provveduto a riprogrammare il proprio Piano di prevenzione per il 2013 (con DGR 3 giugno 2013, n. 47-5885) introducendo un nuovo piano operativo composto di programmi inclusivi e sintetici, mantenendo valido il quadro strategico contenuto nel Piano 2010-2012 (approvato con DGR n. 37-1222 del 17/12/2010). Con la DD n. 579 del 24/07/2013 sono poi state approvate le schede dei programmi individuati dal Piano di prevenzione per il 2013, valide anche come riferimento per la redazione dei Piani locali di prevenzione 2013 da parte delle ASL.

Risultati raggiunti nel 2013

I risultati del Piano regionale di prevenzione 2013, rendicontati al Ministero nei tempi previsti, mostrano che gli obiettivi sono stati raggiunti. Infatti, pur non essendo ancora disponibile la certificazione LEA relativa al PRP 2013, dalla rendicontazione si evince che la proporzione di programmi del PRP che presentano almeno un indicatore con scostamento tra valore osservato e valore atteso superiore al 20% è pari al **6,25%**, inferiore quindi alla soglia minima del 50% prevista dal Documento di valutazione dei Piani regionali di prevenzione.

L'attuazione dei programmi del Piano regionale di prevenzione del 2013, che ha visto un consistente impegno da parte dei servizi di prevenzione delle ASL, ha consentito di raggiungere importanti risultati che si elencano qui sinteticamente.

Ampio spazio è stato dedicato alla **promozione di stili di vita salutari** nei vari setting. Per quanto riguarda la scuola, nell'ambito del Protocollo d'intesa tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale è stato approvato il piano di lavoro

2013/2014 e le relative linee guida ad opera del gruppo tecnico regionale; è stata avviata la costruzione partecipata dei profili di salute, con l'adesione di 11 ASL e la partecipazione di 48 scuole.

Per la promozione dell'attività fisica nel setting "comunità di vita e di lavoro", sono stati realizzati corsi di avviamento al fitwalking per i dipendenti aziendali nelle ASL TO1 e TO2; è stato messo a disposizione degli operatori il manuale "Esperienze e strumenti per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro". Per la promozione di una alimentazione sana, con l'Associazione regionale panificatori è stata definita la bozza del progetto di riduzione del contenuto di sale nel pane; è stato attivato il progetto pilota "Star bene a Tavola", in collaborazione con l'Associazione ristoratori e gli Istituti alberghieri della provincia di Cuneo, con l'obiettivo di migliorare la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare nei ristoranti del territorio; infine, è stato implementato il progetto pilota sul miglioramento della qualità dell'offerta alimentare nei distributori automatici.

Sono proseguite le attività del gruppo "Genitori più" con le FAD "Nati per Leggere" e "SIDS" e con la collaborazione con Federfarma per la divulgazione dei contenuti del programma tramite il circuito delle farmacie; è proseguita la collaborazione il Corso di laurea in Infermieristica ed Infermieristica Pediatrica dell'Università di Torino; è stato realizzato dall'ASL CN1 il progetto "Teatro e Salute", con quattro laboratori seminariali ed un forum regionale, centrati sullo sviluppo di azioni preventive nell'ottica della salutogenesi individuale e di comunità.

È stato formalizzato nell'ASL TO1 un gruppo di lavoro multidisciplinare per la promozione dell'attività fisica nel setting sanitario ed è stato ulteriormente sviluppato il modello di prescrizione dell'esercizio fisico ai pazienti.

In tema di prevenzione degli **incidenti stradali**, è proseguita l'attività sul fronte del sistema di sorveglianza integrato, con attività di valutazione e integrazione tra fonti informative, e con la sperimentazione di modelli previsionali basati sull'utilizzo dei dati di incidentalità. Inoltre sono stati attuati diversi interventi di promozione di comportamenti di guida responsabile in contesti educativi e del divertimento.

Per la **prevenzione degli infortuni sul lavoro**, sono stati attuati in tutte le ASL i piani regionali mirati di prevenzione in edilizia e in agricoltura; sono stati ispezionati, complessivamente, 2505 cantieri con il coinvolgimento di 5521 imprese (poco meno del 10% delle notifiche pervenute), nonché 577 aziende agricole del territorio. Anche per la prevenzione delle **malattie professionali** sono stati realizzati piani di attività mirati: ricerca attiva di mesoteliomi maligni (ASL AT); prevenzione del rischio da sovraccarico muscolo scheletrico nel personale addetto all'assistenza nelle residenze socio assistenziali (ASL AT e ASL VC); esposizioni ad agenti cancerogeni (ASL BI); sistema di sorveglianza attiva dei tumori naso sinusali (ASL CN1); avvio in una azienda metalmeccanica di uno studio retrospettivo per la ricostruzione dell'esposizione ad agenti cancerogeni (ASL VCO).

Per quanto riguarda la prevenzione delle **malattie infettive prevenibili con vaccino**, sono state rispettate le coperture previste dagli indicatori; particolare attenzione è stata dedicata agli aspetti organizzativi dei servizi deputati ad assicurare l'offerta vaccinale, attraverso l'approvazione del Piano Piemontese di Prevenzione Vaccinale 2013-2015, l'edizione 2013 della ricognizione sullo stato organizzativo dei servizi vaccinali del Piemonte, l'identificazione e nomina di un RAV in ogni ASL, le riunioni periodiche dei RAV, l'istituzione del Coordinamento regionale dei RAV.

Nel 2013 è stata introdotta a livello nazionale e regionale la nuova sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri Produttori di Carbapenemasi, a seguito della quale si è proceduto alla modifica della piattaforma informatica; parallelamente, la rete UPRI regionale è stata formata e informata sul tema CPE e sulla sorveglianza. Sono stati informatizzati i sistemi di sorveglianza speciale della malaria, dei casi di isolamento virale di influenza-virus e di influenza grave, della sorveglianza integrata di morbillo e rosolia; è stata posta una specifica attenzione al sistema di sorveglianza delle paralisi flaccide, in conseguenza dei noti alert provenienti dal Medio Oriente; è stata realizzata l'informatizzazione della sorveglianza della polmonite da Legionella; con ARPA si è svolto un ciclo di formazione dedicato alle metodologie di campionamento ambientale degli operatori SISP, al fine di potenziare le misure di sorveglianza e controllo ambientale; è stato svolto il previsto aggiornamento sulle terapie antimalariche; l'ottimizzazione dei flussi informativi e della sensibilità della sorveglianza speciale della TB piemontese ha permesso di migliorare la performance del sistema e misurare con più precisione la frequenza e gli esiti delle indagini microbiologiche. Attualmente in Piemonte è rispettato lo standard richiesto dal Piano "STOP TB in Italia" e dall'OMS; infine, sono proseguite le attività di prevenzione delle IST e HIV condotte dai Centri MST del Piemonte che hanno garantito l'offerta gratuita, ad accesso diretto e in anonimato, dei servizi di diagnosi, cura e prevenzione.

Per la prevenzione delle **malattie e infezioni correlate all'assistenza** si è svolto lo studio HALT2 in tutte le ASL e una ASO; lo studio, condotto in 44 RSA, 9 Continuità assistenziali e 10 strutture private convenzionate, ha misurato la prevalenza di ICA e la frequenza di uso degli antibiotici. Per quanto riguarda gli indicatori regionali di sorveglianza e controllo e studio GIVITI, 40 terapie intensive su 44 sono sotto sorveglianza per sepsi CVC-correlate e VAP e dispongono dei dati di incidenza /1000 gg di esposizione.

Per la prevenzione dei **rischi in ambienti di vita**, è stato completato l'Atlante regionale sui principali punti di emissione di cancerogeni in grado di orientare i controlli ed è stato messo a disposizione il database sui contaminanti cancerogeni di matrici alimentari. Sono state realizzate attività di biomonitoraggio, per la ricerca di arsenico in animali domestici e selvatici (ASL VCO) e di radionuclidi in cinghiali e varie matrici alimentari (ASL VC, BI, NO, VCO, TO3, TO4). Sono stati effettuati campionamenti in due siti di interesse nazionale (area Basse di Stura e area della ex-Ecolibarna nel comune di Serravalle Scrivia) e in due aree contaminate di Val Susa e Vercellese. La diffusione delle procedure di valutazione di impatto sulla salute, avviata negli anni precedenti con le linee guida metodologiche generali per la VIS regionale e 6 linee guida specifiche per argomento, è continuata e ha trovato applicazione in alcune grandi opere, quali la TAV Torino-Lione, e in varie ASL piemontesi. È stato realizzato il consueto programma annuale di vigilanza di iniziativa dei SISP, compresi i prodotti non sicuri; la Regione Piemonte ha fornito indirizzi operativi alle ASL per la gestione di esposti / segnalazioni relativi alla presenza di coperture in cemento amianto negli edifici e per la rimozione e la raccolta di

modeste quantità di materiali contenenti amianto da parte di privati cittadini. Infine, è stato formato un gruppo di lavoro regionale di operatori SISIP per l'eliminazione o rimodulazione delle pratiche obsolete.

Per quanto riguarda la **sicurezza alimentare**, è stato attuato il Piano regionale integrato sicurezza alimentare (PRISA). Tutte le ASL hanno definito il PAISA e il Piano Locale della prevenzione, in coerenza con gli indirizzi regionali. Sono continuate le attività di aggiornamento delle procedure dei servizi di sicurezza alimentare, spesso verificate con audit interni; sono stati attuati i previsti programmi di Audit regionali esterni generali e di settore; sono state riviste diverse procedure, tra cui la scheda regionale valutazione del rischio (SIAN, SVET), e sono stati predisposti protocolli operativi sulla filiera avicunicola (area A, B e C) e sulla corretta gestione della macellazione d'urgenza (area A, B e C); molte ASL hanno organizzato incontri principalmente con Associazioni di categoria per la presentazione dei Piani di sicurezza alimentare; è stata realizzata una formazione per gli operatori a livello regionale; il sistema di allerta è stato ridefinito con un maggiore coinvolgimento dei PMPPV, mentre nelle ASL è migliorata l'organizzazione dei nodi aziendali di riferimento per la gestione dell'allerta; specifici programmi di controllo sono stati rivolti alle "cassette dell'acqua"; in ambito nutrizionale sono stati mantenuti gli interventi di valutazione menu e vigilanza nella ristorazione collettiva, i programmi di promozione della salute nelle scuole e la prevenzione nutrizionale in soggetti e gruppi a rischio, nonché la reportistica e comunicazione sulla sorveglianza; è stato modificato e integrato il sistema di sorveglianza regionale delle malattie trasmesse da alimenti, per ottenere informazioni più precise e complete e per sopperire alla cronica sottostima del fenomeno dovuta alla sottotifica.

Gli indicatori per lo **screening dei tumori femminili** hanno mantenuto valori uguali o inferiori a quelli del 2012 (copertura da esami screening mammografico: dal 50% al 49%; copertura da invito per lo screening cervico-vaginale: dal 90% al 81%) mentre l'indicatore per lo screening dei tumori coloretali è migliorato rispetto all'anno precedente (copertura da inviti per la sigmoidoscopia dal 78% al 83%); diversi Dipartimenti di screening hanno accusato il mantenimento o l'aggravamento della criticità rappresentata dall'insufficienza delle risorse rese disponibili dalle Aziende sanitarie per lo screening.

Infine, a sostegno degli obiettivi del Piano regionale di prevenzione, sono state attuate le **sorveglianze di popolazione previste**, con la conferma di buoni risultati in termini di raccolta dati e di messa a disposizione dei risultati.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 19.804.294
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 20.000.000

• Linea Progettuale 19: Superamento OPG e salute mentale

Denominazione Progetto: Potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale per incrementare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti in carico e delle persone che vengono prese in carico in carico per il percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle Case di Cura e Custodia (CCC)

Relazione sull'attività svolta e sui risultati ottenuti.

Gli interventi previsti per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3 ter, hanno evidenziato l'esigenza di potenziare le risorse a disposizione dei Dipartimenti di Salute Mentale per favorire la dimissione e la presa in carico dei pazienti piemontesi inseriti negli OPG e nelle CCC e nello stesso tempo limitare l'ingresso ai soggetti a cui vengono applicate le misure di sicurezza detentiva.

La Regione Piemonte ha avviato il programma, ancora in atto, di superamento degli OPG dando priorità strategica al trattamento territoriale dei soggetti affetti da vizio totale o parziale di mente a cui sono applicate le misure di sicurezza, attraverso l'invio in strutture sanitarie residenziali psichiatriche.

E' stato in parte potenziato il personale e le risorse dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) sostenendo in tal modo progetti di recupero e di riabilitazione sociale e lavorativa, in particolare sono stati favoriti i percorsi personalizzati di inserimento territoriale e riabilitativo per quei soggetti provenienti dagli OPG o inviati dalla magistratura a seguito di una misura di sicurezza alternativa all' OPG.

La crescita del numero dei pazienti in carico ai DSM è stata avallata dal sempre decrescente numero di quelli presenti negli OPG e CCC. E' stato inoltre verificato l'incremento dei progetti personalizzati e di quelli alternativi all'invio in OPG e CCC.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 6.601.432
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 6.700.000

- **Linea Progettuale 20: Sicurezza nei luoghi di lavoro**

Denominazione Progetto: Sicurezza nei luoghi di lavoro

Sintesi del contenuto del progetto

Il progetto si articola in 5 sottoprogetti:

- a. realizzazione, sperimentazione ed avvio del sistema informativo unico regionale SPRESALWeb;
- b. revisione del modello applicativo regionale per la valutazione del rischio da agenti chimici nei luoghi di lavoro;
- c. riorganizzazione e funzionamento degli Organismi Provinciali di Vigilanza;
- d. censimento dell'amianto antropico con particolare riferimento agli edifici di diretta gestione delle ASL piemontesi.
- e. riduzione della frequenza e gravità delle malattie professionali

a. Risultati 2013 del sottoprogetto: “Realizzazione, sperimentazione ed avvio del sistema informativo unico regionale SPRESALWeb”.

Con DD n. 972 del 30.11.2010 la Regione Piemonte ha approvato la riprogettazione dell'applicativo informatico unico per tutti i Servizi di Prevenzione delle ASL del Piemonte per adattarlo alle esigenze dei Servizi di controllo con l'obiettivo di poter disporre di un applicativo gestionale in grado di registrare tutte le attività di competenza degli SPreSAL, di fornire servizi di supporto amministrativo per le attività di controllo, di garantire la regolarità dei flussi informativi richiesti dal Ministero della Salute (LEA), di integrarsi con altri applicativi regionali (ad esempio l'Anagrafe Attività Economiche Produttive – AAEP – l'Archivio Unico Regionale degli Assistiti – AURA – l'Anagrafe Agricola Unica del Piemonte).

Con DD n. 802 del 16.11.2012 la Regione Piemonte ha previsto, nel primo semestre del 2013, la sperimentazione del nuovo applicativo in alcune ASL della Regione previa formazione del personale tecnico ed amministrativo degli SPreSAL.

La sperimentazione presso le ASL pilota si è conclusa positivamente il 30/06/2013, da tale data l'applicativo denominato “SPRESALWeb” è stato assunto come unico strumento di lavoro in quanto idoneo a supportare la gestione e rendicontazione delle attività dei Servizi interessati.

Nell'ambito di tale revisione è stata prevista anche la realizzazione di un sistema atto alla ricezione della notifica preliminare cantieri (ex art 99 DLgs. 81/08) on-line, integrato sia con SPRESALWeb sia con il sistema MUDE (Modello Unico Digitale per l'edilizia) esistente in Regione. Nel 2013 è stata avviata una prima fase di sperimentazione del sistema in alcuni Comuni della Regione.

b. Risultati 2013 del sottoprogetto: “Revisione del modello applicativo regionale per la valutazione del rischio da agenti chimici nei luoghi di lavoro”.

Il DLgs 81/08 pone in capo al datore di lavoro una serie di obblighi, tra cui la valutazione di tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori e la conseguente elaborazione del documento di valutazione dei rischi; in particolare in relazione alla protezione contro i rischi derivanti da agenti chimici egli è chiamato a determinare preliminarmente l'eventuale presenza di agenti chimici pericolosi e, prendendo in considerazione una serie di fattori, comprese le informazioni relative alle restrizioni o autorizzazioni previste dal Regolamento REACH, a valutare i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, che da essi possono avere origine.

Nell'iter di valutazione del rischio chimico tossicologico il datore di lavoro può essere supportato da modelli matematici ed algoritmi pensati come strumenti di facilitazione del percorso che, assegnando valori numerici ad una serie di fattori o parametri che intervengono nella determinazione del rischio stesso, possono aiutarlo nell'individuazione delle priorità.

A partire dall'esperienza pregressa che ha visto, nel 2002, la realizzazione del modello “Inforisk”, la Regione Piemonte ha promosso la revisione del documento per adeguarlo all'evoluzione normativa e per superare alcune criticità nell'applicazione pratica, riscontrate nel tempo.

Con DD n. 847 del 29/10/2013 è stato approvato il nuovo algoritmo per la valutazione del rischio chimico stimato e misurato. Il documento è stato illustrato alle Parti Sociali in sede di Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/08 e reso disponibile sul sito internet regionale. Attraverso il contributo degli Enti partecipanti al gruppo di lavoro regionale “Rischio da agenti chimici e cancerogeni” è stata successivamente promossa la sperimentazione sul campo.

È stato, infine, ideato e realizzato nel successivo anno 2014 un percorso formativo rivolto agli operatori dei Servizi di Prevenzione delle ASL per l'illustrazione del nuovo modello.

c. Risultati 2013 del sottoprogetto: “Riorganizzazione e funzionamento degli Organismi Provinciali di Vigilanza”.

La Regione Piemonte, tra le azioni più urgenti, ha ritenuto di dare priorità alla piena attuazione del disegno organizzativo territoriale previsto dal D.lgs. 81/08 cercando di superare le difficoltà di funzionamento degli Organismi Provinciali di

Vigilanza istituiti con DGR 9-10772 del 16.02.2009 ma poco operativi a causa di problemi organizzativi conseguenti all'accorpamento delle ASL e a tensioni con le parti sociali. Con DGR 60-4263 del 30.07.2012 sono state apportate alcune modifiche e integrazioni all'organizzazione degli Organismi Provinciali di Vigilanza, tra cui l'attribuzione al Direttore SPreSAL della ASL competente per territorio le funzioni di coordinamento, ed è stato inoltre previsto che il coordinatore di ciascun OPV nominasse i componenti dell'Organismo stesso ed effettuasse le relative convocazioni.

I nuovi OPV, formalmente istituiti nel 2012, hanno raggiunto la piena operatività nel 2013 e hanno programmato le attività di vigilanza e controllo ponendo particolare attenzione alla riduzione delle sovrapposizioni, all'integrazione dei controlli che, seppure caratterizzati da obiettivi diversi, rispondono alla comune finalità di minimizzare i rischi di incidenti sul lavoro.

La programmazione degli interventi di controllo nei territori di competenza, ha posto particolare attenzione ai cantieri di lavoro collegati alle grandi opere (Terzo Valico, Tenda, Torino Lione).

d. Risultati 2013 del sottoprogetto: "Censimento dell'amianto antropico con particolare riferimento agli edifici di diretta gestione delle ASL piemontesi"

Al fine di completare il monitoraggio dell'amianto cosiddetto "antropico" la Giunta Regionale del Piemonte, con deliberazioni dalla n. 1-3711 alla 13-3723 del 27 aprile 2012, ha assegnato ai direttori generali delle ASL uno specifico obiettivo di mandato che prevede la concreta verifica della presenza di eventuali materiali contenenti amianto in tutti gli edifici di diretta gestione delle ASL piemontesi, anche se non di proprietà.

La Direzione Sanità ha ritenuto opportuno collegare le attività di censimento dei manufatti di amianto nelle strutture sanitarie con il progetto di monitoraggio dell'amianto in ambienti di vita e di lavoro affidato all'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPA).

Con DGR n. 38-5286 del 29 gennaio 2013 sono state fornite indicazioni operative ai direttori generali delle ASL e si sono concordati i criteri per il censimento, le check list e le modalità di raccolta ed informatizzazione dei risultati.

Secondo quanto previsto dalle suddette deliberazioni, nel corso dell'anno 2013 tutte le ASL hanno provveduto al censimento della presenza di amianto, compilando e trasmettendo al settore regionale competente complessivamente 162 schede tecniche. Tali schede sono state quindi inviate al Centro Ambientale Amianto di ARPA Piemonte, che le ha analizzate ed informatizzate.

e. Risultati 2013 del sottoprogetto: "Riduzione della frequenza e gravità delle malattie professionali".

Come noto l'andamento delle denunce di malattie professionali non è omogeneo su tutto il territorio nazionale, a conferma dell'importanza dell'opera di sensibilizzazione e degli interventi di prevenzione attivati nelle singole Regioni da parte dei vari attori della prevenzione. Pertanto si è ritenuto opportuno impegnarsi su questo tema ponendosi quale obiettivo prioritario la riduzione della frequenza e della gravità delle malattie professionali, con particolare riferimento alle patologie correlate ad esposizione ad agenti chimici/cancerogeni e alle patologie muscolo scheletriche (patologie emergenti, sottonotificate). In tal senso sono state effettuate le seguenti attività:

- ricerca attiva, attraverso protocolli operativi formalizzati nel 2012, dei casi di mesoteliomi pleurici per alimentare il COR-ReNaM del CPO Piemonte;
- mantenimento del sistema di sorveglianza attiva dei tumori naso sinusali COR-ReNaTuNS presso l'ASL CN1; diffusione dei risultati dell'attività, miglioramento della rete di collaborazione con le diverse strutture sanitarie del territorio regionale;
- implementazione dei protocolli di intervento concordati con la Procura della Repubblica per migliorare l'efficacia degli interventi;
- attivazione di piani mirati alla prevenzione del rischio da sovraccarico muscolo-scheletrico in diversi comparti lavorativi (inchieste e interventi di vigilanza), con particolare attenzione alle strutture socio-sanitarie relativamente al rischio da movimentazione manuale dei pazienti;
- attivazione di piani mirati alla prevenzione del rischio da agenti chimici e cancerogeni, compreso l'amianto, in diversi comparti (lapideo, legno ecc.) secondo evidenze di priorità locali.

Costi sostenuti per il progetto

- Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2013: € 1.650.358
- Spese sostenute nell'anno 2013: importo superiore a € 1.700.000

Riepilogo di rendicontazione delle spese sostenute sui progetti presentati per l'anno 2013 (DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014)

Progetti Obiettivi anno 2013, art. 1 comma 34 L. 662/96		Fonte DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014		Spese sostenute nell'anno 2013 e finanziate con le risorse di cui alla DGR n.17-7578 del 12 maggio 2014 C	Delta A-C
LINEA PROGETTUALE	PROGETTO	Importo Assegnato nel 2013 per Linea Progettuale A	di cui importo assegnato per progetto B		
1	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria		7.680.473	20.629.473	
1	La farmacia di servizi e il suo orientamento a obiettivi di comunità	20.629.473	8.610.000	non attuato*	
1	Il pronto soccorso e la farmacia di comunità: la presa in carico del paziente fragile		4.339.000	non attuato*	0
2	Implementazione della rete di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer e altre demenze	16.503.578	16.453.578	16.453.578	
2	PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)		30.000	30.000	
2	PDTA delle malattie infiammatorie croniche intestinali IBD		20.000	20.000	0
3	Rete regionale delle strutture che svolgono attività di riabilitazione di cui alla D.G.R. N. 10-5605 del 2/04/2007, D.G.R. n. 49-12479 del 2/11/2009 e s.m.i., D.G.R. n. 13-1439 del 28/01/011, D.G.R. n.12-1665 del 7/03/2011 e D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 : sviluppo di un modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete	1.650.358	1.050.358	1.050.358	
3	Sviluppo in ambito riabilitativo di un modello assistenziale alternativo al ricovero (PAC)		600.000	600.000	0
4	Percorso clinico assistenziale per persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella fase della cronicità	3.713.305	3.713.305	3.713.305	0
5	Interventi socio-sanitari a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza a favore di anziani non autosufficienti	4.125.894	4.125.894	4.125.894	0
6	Strumenti per il monitoraggio della variabilità nella salute: gli indicatori di salute		333.305	333.305	
6	Valutazione delle variazioni del profilo epidemiologico in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere		330.000	330.000	
6	Strumenti per il monitoraggio della variabilità geografica e sociale nella salute: gli indicatori sociali	3.713.305	300.000	300.000	
6	Creazione di una strategia nazionale per il contrasto alle disuguaglianze di salute		800.000	800.000	
6	Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della mortalità e della morbosità causa-specifica		350.000	350.000	
6	Sviluppo e diffusione degli strumenti di monitoraggio della salute tra i gruppi vulnerabili		1.600.000	1.600.000	0
7	Programma regionale di Cure Palliative	8.251.789	4.125.895	4.125.895	
7	Programma regionale di Terapia del Dolore		4.125.894	4.125.894	0
8	Sviluppo e Tutela del benessere e della salute organizzativa		1.200.715	1.200.715	
8	Scuola di Umanizzazione della Medicina	3.300.715	800.000	800.000	
8	Riabilitazione cognitiva assistita al computer e on-line al domicilio del malato		1.300.000	1.300.000	0
9	Promozione di rete nazionale per i tumori rari		3.173.484	3.173.484	
9	Evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta - Estensione delle attività consortili alla Regione Valle d'Aosta estensione di nuovi PDTA e di corsi per gli operatori	4.538.484	1.365.000	1.365.000	0
10	L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio	2.475.536	2.475.536	2.475.536	0
11	Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali	3.300.715	3.300.715	3.300.715	0
12	Sviluppo e applicazione di un Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale per i pazienti affetti da Cistite Intersiziale e della Bladder Pain syndrome	1.237.768	1.237.768	1.237.768	0
13	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	1.237.768	1.237.768	1.237.768	0
14	Applicazione delle linee-guida diagnostiche terapeutiche sui tumori dell'apparato genitale maschile (in particolare sul carcinoma della prostata)	1.237.768	1.237.768	1.237.768	0
15	Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR, per le seguenti patologie	3.300.715	3.300.715	3.300.715	0
16	Programma regionale Sicurezza e Rischio Clinico	8.251.789	8.251.789	8.251.789	0
17	Carta Etica nelle Aziende Sanitarie Regionali	827.923	827.923	827.923	0
18	Piano regionale di prevenzione 2013	19.804.294	19.804.294	19.804.294	0
19	Potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale per incrementare gli interventi di riabilitazione e reinserimento sociale degli utenti in carico e delle persone che vengono prese in carico in carico per il percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle Case di Cura e Custodia (CCC)	6.601.432	6.601.432	6.601.432	0
20	Sicurezza nei luoghi di lavoro	1.650.358	1.650.358	1.650.358	0
TOTALE		116.352.967	116.352.967	116.352.967	0

*I progetti in coerenza con gli obiettivi dei Programmi Operativi approvati, tenuto conto della maggiore spesa sostenuta per la linea di intervento relativa alla riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria, non sono stati attivati.