

Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2017, n. 117-6309

Recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 23/12/2015, relativo all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2015, 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 2015 assegnate con DGR 34-2054 del 1/09/15 e rendicontazione dei progetti anno 2014.

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;

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

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

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

visto il comma 34 bis dell'articolo 1 della legge 23/12/1996, n. 662, come modificato dall'art. 79 comma 1 – quater del decreto legge 25.06.2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3 bis, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6/06/2013, n. 64, il quale prevede l'elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al citato comma 34 sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e approvate tramite accordo dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione;

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

utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea”;

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

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014. (Rep. Atti n. 126/CSR del 30/07/2015);

visto l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che definisce le linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2015 in sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2014. (Rep. Atti n. 234/CSR del 23/12/2015);

preso atto che i citati accordi per le annualità 2014-2015 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di PSN:

	Linea Progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare specialistica	Linea Progettuale: Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Altre Linee Progettuali di PSN	TOTALE
Importi in euro	A	B	C	D=A+B+C
Esercizio 2014	8.203.092	19.687.421	88.130.046	116.020.559
Esercizio 2015	8.178.232	19.627.756	44.822.716	72.628.704

vista la DGR n. 25 - 699 del 30/12/2013 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' 11/05/2015 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 /12/2013; e la conseguente DGR n. 36 - 1483 del 25/05/2015 di approvazione dei tetti di spesa per il personale delle ASR;

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

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

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

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

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

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

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

dato atto che le schede di progetto obiettivo di PSN relative alle risorse vincolate per l'anno 2014 sono state approvate e assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con la D.G.R. n. 64-2497 del 23/11/ 2015;

dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2015 sono state assegnate agli Enti del SSR con la D.G.R. n. 34 – 2054 del 1/09/2015 disponendo, tra l’altro, una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l’anno 2014;

dato atto che la D.G.R. n. 35 – 3152 del 11/04/2016 ha disposto la rideterminazione delle risorse assegnate agli Enti del SSR per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di PSN 2015 in coerenza alle risorse definitive assegnate alla Regione Piemonte per tali interventi (Rep. Atti n. 236/CSR del 23 dicembre 2015);

precisato che la sostanziale continuità dei Progetti Obiettivo di PSN 2015 rispetto alle linee progettuali di PSN 2014 declinati con la D.G.R. n. 64-2497 del 23/11/2015 è stata disposta, tra l’altro, nel rispetto dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:

- Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell’assistenza domiciliare palliativa specialistica Programmazione dei servizi territoriali; Rete Ospedaliera.
- Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione.

vista la D.G.R. n. 22-4797 del 20/03/2017 avente ad oggetto “Rideterminazione del riparto alle Aziende Sanitarie Regionali di cui alla d.g.r. n. 35-3152 dell'11/04/2016 relativo alle risorse definitive per la realizzazione dei Progetti Obiettivo di PSN 2016 di cui all'Accordo Stato-Regioni Rep. Atti n. 65/CSR del 14/04/2016, e rendicontazione delle attività relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2014 e 2015”.

considerato che, in virtù dell’assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l’anno 2015 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2015 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali

Allegato 1)	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2015	Settori regionali competenti
1 Attività di assistenza primaria Programmazione dei servizi territoriali	25.433.724,0	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
2 Sviluppo dei processi di umanizzazione all’interno dei percorsi assistenziali Programmazione dei servizi territoriali	2.632.768,0	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.	8.178.232,0	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA
4 Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione Sanità Pubblica, Promozione della Salute, Sicurezza Alimentare e Screening	19.627.756,0	A1401A - PREVENZIONE E VETERINARIA
5 Gestione della cronicità Modelli avanzati di gestione delle malattie Croniche Programmazione dei servizi territoriali. Rete Ospedaliera.	12.377.680,0	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE
6 Reti oncologiche Rete Ospedaliera	4.378.544,0	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA
TOTALE COMPLESSIVO	72.628.704,0	

precisato che, in conformità a quanto previsto dall’articolo 29 comma e) del D.Lgs. 23 giugno 2011, n.118, le quote assegnate ma non utilizzate dalle Aziende nel corso dell’esercizio 2016, devono essere 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;

ritenuto di riportare nel presente provvedimento, ai sensi dei sopracitati accordi, la specifica relazione che illustra per gli anni 2014 i risultati raggiunti, per singolo progetto, e degli stati di avanzamento;

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

tutto ciò premesso e considerato;

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

delibera

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

- di dare atto che l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. atti n. 234/CSR del 23 dicembre 2015, è stato recepito con la D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016 confermando per Progetti Obiettivo aziendali di PSN 2015, in coerenza con la D.G.R. n. 34 – 2054 del 1 settembre 2015, la sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali di PSN 2014 che sono stati declinati con la D.G.R. n. 64-2497 del 23/11/2015;
- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2015, allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale coerente con quanto assegnato e realizzato dagli Enti del SSR nell'esercizio 2015 in attuazione ai seguenti provvedimenti di riparto del fondo sanitario:
 - D.G.R. n. 34 – 2054 del 1 settembre 2015.
 - D.G.R. n. 35 – 3152 del 11 aprile 2016.
 - D.G.R. n. 44 – 3352 del 22 maggio 2016.
- di dare atto che 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 2), è stata approvata con la D.G.R. n. 22-4797 del 20/03/2017 – Allegato B);
- di dare atto che gli Enti del SSR di cui all'Allegato 1 del presente provvedimento, destinatari della quota di fondo vincolato, in attuazione alle indicazioni regionali hanno trasmesso la rendicontazione dei costi sostenuti e contabilizzati nel bilancio d'esercizio 2015 per lo svolgimento delle attività relative alle linee progettuali e la relazione sull'attività svolta nel 2015;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale.

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

(omissis)

Allegato

Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2015
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	2015
REFERENTE	A14010A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€40.860.815,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2015	€25.433.724,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2015	€15.427.091,00

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 urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”;

- 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“

2. Contesto organizzativo regionale.

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).

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 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, *“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”*.

Le forme organizzative multiprofessionali attualmente operative, a livello sperimentale, sul territorio regionale sono le seguenti:

- i CAP avviati sulla base delle linee guida di cui alla sopra richiamata D.G.R. n. 26-3627/2012, così dislocati:
 - 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 presidio ospedaliero;
- 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:

	<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ACN, come previsti dall'art. 1, comma 6 della L. n. 189/2012.</p>
OBIETTIVI	<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.

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 rallentare 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 risolvibili 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.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>2015</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 - 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.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p><u>Sperimentazione CAP</u>: si rinvia agli indicatori già riportati nel 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</p>

alla stipula del nuovo ACN come sopra richiamato e successivo AIR.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la quota assegnata a valere con risorse del FSN Vincolato 2015.

	Importo in Euro
ASL 201 - TO1	2.420.547,72
ASL 202 - TO2	1.946.112,32
ASL 203 - TO3	3.749.024,23
ASL 204 - TO4	3.315.465,03
ASL 205 - TO5	1.375.840,08
ASL 206 - VC	1.192.944,00
ASL 207 - BI	887.281,58
ASL 208 - NO	2.167.206,47
ASL 209 - VCO	835.242,85
ASL 210 - CN1	2.670.079,68
ASL 211 - CN2	773.217,46
ASL 212 - AT	1.003.689,68
ASL 213 - AL	3.097.072,90
TOTALE ASL	25.433.724,00

**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	2015
REFERENTE	A1410A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€2.602.768,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2015	€2.602.768,00
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

	<p>europee di riferimento allo sviluppo di linee guida assistenziali condivise.</p> <p>4. La diffusione capillare, sia mediante didattica tradizionale, che mediante metodiche innovative (didattica esperienziale, FAD) dei percorsi sviluppati dalle attività consorziati.</p> <p>5. La verifica del reale utilizzo dei percorsi diagnostico terapeutici da 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>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Obiettivo qualitativo: Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi; Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera; Ulteriore implementazione di un sistema di datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare. Identificazione delle attività di segnalazione e di assistenza utili a definire i centri che partecipano alle reti europee di riferimento. Rinnovo del sito web delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta. Diffusione delle attività e dei prodotti i gruppi tecnici (ex consorzi) sul sito web della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta. Avvio di una fase sperimentale di somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici ad alto costo ed analisi dei costi e dei risparmi, sia diretti che indiretti derivati.</p> <p>Obiettivo quantitativo: Mantenimento delle attività di produzione galenica per le malattie rare da parte delle farmacie ospedaliere e miglioramento della rete di scambio. Identificazione dei centri regionali alla Call per le reti di riferimento europeo.</p>
<p>TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)</p>	<p>2015, in particolare: Protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi: 6 mesi dall'inizio del progetto. Identificazione dei centri che possono partecipare alle reti europee di riferimento: 3 mesi dall'inizio del progetto. Protocolli per la gestione della produzione galenica ospedaliera: 3 mesi dall'inizio del progetto. Ulteriore implementazione di un sistema di datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare: 3 mesi dall'inizio del progetto. Sviluppo di ulteriori PDTA condivisi sulle attività oggetto dei consorzi attivi: in particolare verranno sviluppati un PDTA per le amiloidosi sistemiche, un PDTA per la SEU atipica e le microangiopatie trombotiche, un PDTA per l'angioedema primitivo, un PDTA per le poliendocrinopatie autoimmuni, un PDTA per la transizione dall'età infantile all'età adulta: 12 mesi dall'inizio del progetto.</p>

	Rinnovo del sito web delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta. Diffusione delle attività e dei prodotti i gruppi tecnici (ex consorzi) sul sito web della rete interregionale per le malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta Consolidamento della fase sperimentale di somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici ad alto costo ed analisi dei costi e dei risparmi, sia diretti che indiretti derivati.
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Partecipazione dei centri regionali alla Call per i centri europei di riferimento. Realizzazione di almeno 5 corsi ECM accreditati per la formazione di operatori. Messa online dei PDTA sul sito www.malattierarepiemonte-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.malattierarepiemonte-vda.it .

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE
--

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

	Importo in Euro
ASL 201 - TO1	
ASL 202 - TO2	1.365.000,00
ASL 203 - TO3	
ASL 204 - TO4	
ASL 205 - TO5	
ASL 206 - VC	
ASL 207 - BI	
ASL 208 - NO	
ASL 209 - VCO	
ASL 210 - CN1	
ASL 211 - CN2	
ASL 212 - AT	
ASL 213 - AL	
TOTALE ASL	1.365.000,00
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	1.237.768,00
TOTALE ASO	1.237.768,00
TOTALE ENTI DEL SSR	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	PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)
DURATA DEL PROGETTO	2015
REFERENTE	A1402A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€30.000,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2015	€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 prelude alla formazione specifica (prevedibile nel corso del 2015)</p>

OBIETTIVI	Architettura e creazione dell'applicativo "Early Arthritis"
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2015
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	- 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 stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

	Importo in Euro
ASL 201 - TO1	
ASL 202 - TO2	
ASL 203 - TO3	
ASL 204 - TO4	5.000,00
ASL 205 - TO5	
ASL 206 - VC	5.000,00
ASL 207 - BI	
ASL 208 - NO	
ASL 209 - VCO	
ASL 210 - CN1	
ASL 211 - CN2	
ASL 212 - AT	
ASL 213 - AL	
TOTALE ASL	10.000,00
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	5.000,00
Aso 907 - AL	5.000,00
Aso 908 - Mauriziano	5.000,00
ASO 909 - Città della Salute	5.000,00
TOTALE ASO	20.000,00
TOTALE ENTI DEL SSR	30.000,00

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 D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 D.G.R. n. 43-7345 del 31.03.2014 D.G.R. n. 84-7674 del 21.05.2014
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	€4.089.116,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2015	€4.089.116,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	

IL PROGETTO

CONTESTO	Tutto il territorio regionale
DESCRIZIONE	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'equipe
8. Misurazione della Qualità di vita
9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato
10. E' garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni

	<p>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.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 [...]. <p>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.</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>
<p>OBIETTIVI</p>	<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>

	Obiettivo quantitativo Estendere l'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.
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 malati presi in carico a domicilio dalla Rete e con assistenza conclusa 6) Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e il ricovero in hospice è inferiore o uguale a 3 giorni sul numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa 7) Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica 8) Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in hospice è superiore o uguale a 30 giorni sul numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica 9) Numero di personale ospedaliero formato in cure palliative nel corso di 12 mesi 10) Numero di medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera Scelta formato in cure palliative nel corso di 12 mesi
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 stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

	Importo in Euro
ASL 201 - TO1	440.804,21
ASL 202 - TO2	388.118,64
ASL 203 - TO3	539.236,26
ASL 204 - TO4	478.808,50
ASL 205 - TO5	285.109,83
ASL 206 - VC	160.345,57
ASL 207 - BI	159.655,52
ASL 208 - NO	321.423,45
ASL 209 - VCO	158.019,05
ASL 210 - CN1	386.550,18
ASL 211 - CN2	157.864,69
ASL 212 - AT	190.735,40
ASL 213 - AL	410.052,36
TOTALE ASL	4.089.116,00

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	€4.089.116,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2015	€4.089.116,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN INDISTINTO 2015	

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	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

	<p>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 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 precisi 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</p>
--	---

palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]”.

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

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

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

sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. [...]”.

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

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

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

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

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

[...]

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

Hub / Centro ospedaliero di terapia del dolore

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

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

Alla struttura Hub possono essere affidati i compiti di

	<p>sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza.</p> <p>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 [...]”.</p> <p>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> <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>
<p>OBIETTIVI</p>	<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>

	Obiettivo quantitativo Estensione dell'offerta delle prestazioni appropriate in terapia del dolore, su tutto il territorio regionale.
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 analgici 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 stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

	Importo in Euro
ASL 201 - TO1	440.804,21
ASL 202 - TO2	388.118,64
ASL 203 - TO3	539.236,26
ASL 204 - TO4	478.808,50
ASL 205 - TO5	285.109,83
ASL 206 - VC	160.345,57
ASL 207 - BI	159.655,52
ASL 208 - NO	321.423,45
ASL 209 - VCO	158.019,05
ASL 210 - CN1	386.550,18
ASL 211 - CN2	157.864,69
ASL 212 - AT	190.735,40
ASL 213 - AL	410.052,36
TOTALE ASL	4.089.116,00

**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)	D.G.R. n. 52-7643 del 21/05/2014 D.G.R. n. 40-854 del 29/12/2014 D.G.R. n. 25-1513 del 03/06/2015
LINEA PROGETTUALE	4. Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale di prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	2015 (12 mesi)
REFERENTE	A1409A - PREVENZIONE E VETERINARIA

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€19.627.756,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2015	€19.627.756,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN INDISTINTO 2015	

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</p>

	<p>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 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.</p>
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)	2015
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 stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

	Importo in Euro
ASL 201 - TO1	2.122.291,89
ASL 202 - TO2	1.868.632,40
ASL 203 - TO3	2.596.201,90
ASL 204 - TO4	2.305.267,00
ASL 205 - TO5	1.372.687,16
ASL 206 - VC	771.998,28
ASL 207 - BI	768.675,97
ASL 208 - NO	1.547.522,39
ASL 209 - VCO	760.797,08
ASL 210 - CN1	1.861.080,88
ASL 211 - CN2	760.053,87
ASL 212 - AT	918.312,90
ASL 213 - AL	1.974.234,27
TOTALE ASL	19.627.756,00

**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	2015
REFERENTE	A1409A - PREVENZIONE E VETERINARIA

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€98.139
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2015	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE DA ACCANTONARE IN GSA	€98.139

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.</p> <p>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
----------	--

	<p>sperimentali attivi ed operativi presso le aziende sanitarie locali della Regione;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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"> <input type="checkbox"/> valutazione dei programmi di screening (mammella, cervice uterina e colon retto) e benchmarking con i risultati delle altre regioni; <input type="checkbox"/> attività di formazione (retraining degli operatori impegnati nei programmi di screening) <input type="checkbox"/> 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"> <input type="checkbox"/> valutazione della qualità dei dati raccolti <input type="checkbox"/> monitoraggio e calcolo degli indicatori <input type="checkbox"/> gestione e aggiornamento della banca dati nazionale per il benchmarking tra i Registri regionali <input type="checkbox"/> attività di formazione <input type="checkbox"/> 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	In linea con quanto stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del

(CRONOPROGRAMMA)	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 2010/2014.
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. 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016, si è provveduto ad assegnare le risorse in oggetto con risorse regionale da FSN indistinto.

Detto importo, pari a euro 98.139, è stato 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	Preso in carico territoriale delle persone con patologie croniche, anche rare
DURATA DEL PROGETTO	2015 (12 mesi)
REFERENTE	A1410A - ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO SANITARIA TERRITORIALE

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€12.377.680,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2015	€12.377.680,00
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. 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 se le singole malattie rare siano caratterizzate da una bassa prevalenza, il numero totale di persone colpite da malattie rare</p>
----------	---

	<p>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.</p> <p>Successivamente, con il Decreto Ministeriale n.279 del 18 maggio 2001, "Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie 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"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> adozione di strumenti di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> consolidamento/potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare, finalizzata alla gestione dei PAI per le persone non autosufficienti, anche anziane; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rafforzamento delle attività di assistenza, residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> riqualificazione dell'assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità. <p>Per i Flussi informativi si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della qualità delle informazioni notificate al Sistema Informativo delle Residenze Sanitarie Assistenziali; <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l'attuazione di interventi finalizzati al miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni registrate nell'ambito del Sistema Informativo dell'Assistenza Domiciliare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Promuovere lo sviluppo dei Piani Promuovere lo sviluppo dei

	<p>Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per singole o gruppi di malattie rare a maggiore prevalenza e/o complessità e monitoraggio dei PDTA implementati;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 sulla diagnosi clinica e funzionale delle abilità/caratteristiche del paziente e delle risorse individuali e della famiglia;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incentivare i collegamenti tra i centri/presidi e le Associazioni dei Pazienti e delle Famiglie;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Recepire, con provvedimento regionale, un sistema di classificazione delle malattie rare finalizzato alla programmazione della rete assistenziale;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avviare, in collaborazione con gli Istituti, il processo di riorganizzazione della rete assistenziale.</p>
OBIETTIVI	<p>1) Consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA;</p> <p>2) Potenziamento della funzione di VMD;</p> <p>3) Adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l’area della non autosufficienza e per le cure palliative</p> <p>4) Adozione di uno strumento di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale;</p> <p>5) Consolidamento/potenziamento dell’assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti;</p> <p>6) Rafforzamento delle attività di assistenza residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane;</p> <p>7) Riqualificazione dell’assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità;</p> <p>8) Miglioramento della completezza e della qualità delle informazioni dei Sistemi informativi;</p> <p>9) Miglioramento del Sistema Informativo Assistenza Territoriale.</p> <p>Linea Malattie rare - Obiettivi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> implementare i PDTA su singole o gruppi di malattie rare;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> diffondere raccomandazioni relative ai percorsi diagnostico, ivi compresi i test genetici, terapeutici e riabilitativi individuati;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> monitorare l’applicazione dei percorsi individuati;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> scambiare informazioni fra i centri/presidi per la standardizzazione delle prassi diagnostiche / terapeutiche /riabilitative</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> attivare contatti informativi e formativi per la condivisione e confronto con le figure assistenziali territoriali o specialistiche sulla base del piano assistenziale individuale (PAI)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> monitorare e valutare il funzionamento della rete e la diffusione e la applicazione dei PDTA;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> descrivere le caratteristiche delle persone in carico ai C/P e valutarne l’impatto sui servizi sanitari.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> promuovere incontri con le Associazione dei Familiari di persone con MR;</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> consolidare le attività assistenziali per le persone affette da Malattie rare.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2015
INDICATORI	- numero di operatori impegnati nei PUA

(di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 informazioni contenute nelle schede delle strutture RSA, e la data di convalida/valutazione, della scheda stessa, effettuata da parte del CAD di riferimento. <p>Linea Malattie rare – Indicatori</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> numero di percorsi diagnostico terapeutici elaborati e diffusi; <input type="checkbox"/> numero di persone che hanno ricevuto un Piano Assistenziale Individuale; <input type="checkbox"/> numero di incontri con le Associazioni dei Familiari; <input type="checkbox"/> numero di corsi di formazione; <input type="checkbox"/> produzione del rapporto di monitoraggio annuale dei casi notificati nel registro Malattie Rare.
RISULTATI ATTESI	<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. 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 approfondimento diagnostico che in quella della presa in carico. Si potranno inoltre individuare degli indicatori che permetteranno di valutare il grado di ottimizzazione della gestione delle Strutture dedicate alle malattie rare, anche in previsione di una espansione della domanda di 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 stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

	Importo in Euro
--	------------------------

ASL 201 - TO1	1.148.983,68
ASL 202 - TO2	1.388.363,99
ASL 203 - TO3	1.339.257,00
ASL 204 - TO4	1.185.699,00
ASL 205 - TO5	1.118.704,00
ASL 206 - VC	416.702,00
ASL 207 - BI	418.804,00
ASL 208 - NO	781.484,61
ASL 209 - VCO	403.743,68
ASL 210 - CN1	955.466,16
ASL 211 - CN2	388.000,41
ASL 212 - AT	486.211,00
ASL 213 - AL	1.076.867,48

TOTALE ASL	11.108.287,01
-------------------	----------------------

Aso 904 - S.Luigi	423.131,00
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	423.131,00
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	423.131,00

TOTALE ASO	1.269.393,00
-------------------	---------------------

TOTALE ENTI DEL SSR	12.377.680,00
----------------------------	----------------------

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	2015
REFERENTE	A1403A - ASSISTENZA SPECIALISTICA E OSPEDALIERA

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€1.057.829
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2015	€1.057.829
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 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.</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</p>

caratterizzano i TR.

1.0 Problematiche di assistenza.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.0 Specificità nella ricerca

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

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

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

3.0 Supporto finanziario alla ricerca

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

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

Per ovviare a tale situazione che sicuramente avrebbe creato

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.0 Sviluppo del progetto educativo online

	<p>Sono stati identificati tre Responsabili per ogni singola sottosezione di studio: sarcomi tessuti molli e dell'osso; tumori neuroendocrini e tumori del SNC.</p> <p>Per ogni sottosezione si dovrà fare riferimento con chiarezza a quale Linea Guida ci si riferisca.</p> <p>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.</p> <p>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> <p>Il corso sarà ECM, registrato regolarmente e porterà alla acquisizione del punteggio assegnato all'evento da parte della Autorità regolatoria.</p> <p>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>
<p>OBIETTIVI</p>	<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

	<p>urologico e i sarcomi dei tessuti molli degli arti.</p> <p>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.</p> <p>4) Il potenziamento del portale regionale relativo agli studi sui TR già disponibile</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2015
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 stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

	Importo in Euro
ASL 201 - TO1	
ASL 202 - TO2	211.565,80
ASL 203 - TO3	
ASL 204 - TO4	
ASL 205 - TO5	211.565,80
ASL 206 - VC	
ASL 207 - BI	
ASL 208 - NO	
ASL 209 - VCO	
ASL 210 - CN1	
ASL 211 - CN2	
ASL 212 - AT	
ASL 213 - AL	
TOTALE ASL	423.131,60
Aso 904 - S.Luigi	211.565,80
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	211.565,80
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	211.565,80
TOTALE ASO	634.697,40
TOTALE ENTI DEL SSR	1.057.829,00

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	€ 3.320.715,00 (importo relativo all'esercizio 2015)
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2015	€3.320.715,00
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

	<p>patologie;</p> <p>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</p> <p>f) Individuare le strutture di raccolta e conservazione del tessuto ovarico o di cellule germinali, indicando gli standard che occorre siano garantiti</p> <p>g) Programmare l'accreditamento e certificazione di qualità 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>
<p>OBIETTIVI</p>	<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)	2015
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	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 stato ripartito agli Enti del SSR in applicazione alla DGR n.34-2054 del 01/09/2015 e smi (DGR 35-3152 del 11/04/2016 e D.G.R. n. 44-3352 del 22/05/2016).

Di seguito si riporta la tabella di riparto.

	Importo in Euro
ASL 201 - TO1	
ASL 202 - TO2	
ASL 203 - TO3	
ASL 204 - TO4	
ASL 205 - TO5	
ASL 206 - VC	
ASL 207 - BI	
ASL 208 - NO	
ASL 209 - VCO	
ASL 210 - CN1	
ASL 211 - CN2	
ASL 212 - AT	
ASL 213 - AL	
TOTALE ASL	-
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	3.320.715,00
TOTALE ASO	3.320.715,00
TOTALE ENTI DEL SSR	3.320.715,00

PIANO SANITARIO NAZIONALE

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2014 in coerenza alle Linee Progettuali individuate con la D.G.R. n. 64-2497 del 23 novembre 2015: 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: Attività di assistenza primaria**

Denominazione progetto: Interventi per la realizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria.

Lo sviluppo del progetto è proseguito nel corso del 2014 attraverso le seguenti azioni:

- 1) monitoraggio 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;
 - 3) definizione del modello di riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i. sulla revisione della rete ospedaliera.
- 1) Nel corso del 2014 è proseguita la sperimentazione regionale CAP con l'attivazione dei progetti nelle Aree sovrazionali della Regione Piemonte.

Il monitoraggio dell'andamento ha evidenziato i seguenti primi risultati:

- l'andamento degli accessi giornalieri, in costante ascesa ovunque (es.raddoppio in due anni nel CAP di Arona), dimostra come la proposta assistenziale del CAP sia progressivamente riconosciuta come valida da parte dei cittadini, i quali nel corso del tempo si rivolgono sempre di più ai suoi ambulatori anzichè impropriamente alle strutture ospedaliere limitrofe;
- la tendenza del CAP a rispondere alla prevalente domanda dei soggetti anziani: tale elemento è coerente con la *mission* del CAP, che si rivolge in particolare alle patologie croniche, proprie dei soggetti anziani e trattate nell'ambito degli appositi PDTA in un'ottica di medicina d'iniziativa;
- il costante incremento, nel corso del tempo, della percentuale di soggetti rinvii al domicilio dopo l'accesso al:CAP ciò è indice di una crescente appropriatezza dell'uso dei servizi afferenti al CAP da parte dei cittadini e dei sanitari;
- l'analisi del ricorso al "sistema di emergenza" dell'ASL/AO di riferimento territoriale da parte dei cittadini residenti nel distretto sede di CAP evidenzia ovunque una tendenza in diminuzione per situazioni cliniche riferibili a codici bianchi e verdi. Ciò fa ritenere che il CAP:
 - sta ben assorbendo la quota dei cittadini che in passato si rivolgevano impropriamente al preesistente P.P.I.;
 - sta esercitando un importante ruolo di "filtro" sul territorio, riconducendo gli accessi nell'ambito delle cure primarie ed evitando accessi impropri al sistema dell'emergenza-urgenza. Ne risulta quindi un incremento dell'appropriatezza dei servizi sanitari;

- l'analisi dell'impatto del CAP rispetto al consumo di risorse a livello ospedaliero evidenzia nel periodo una tendenza in riduzione (mediamente del 5%), in particolare nei ricoveri in post acuzie e nei DH;
- si rileva una progressiva implementazione dei PDTA relativi alle patologie croniche a maggior impatto sociale: in tale ottica sono in incremento le prestazioni medico-infermieristiche erogate dal CAP (in particolare quelle destinate a pazienti cronici stabilizzati), in modo da favorire il ricorso maggiormente appropriato alle strutture di emergenza e di secondo livello;
- emerge infine la propensione del CAP verso l'erogazione di prestazioni a valenza socio-sanitaria, che richiedono una risposta integrata con i servizi socio-assistenziali: es.percorsi dedicati a soggetti con disabilità e/o in situazioni di fragilità, che necessitano di valutazioni multidisciplinari e/o di visite specialistiche e/o di esami strumentali/di laboratorio e/o monitoraggio delle terapie in corso, coordinati e programmati.

Come previsto dalla D.G.R. n. 26-3627/2012 le risorse necessarie per l'attuazione del progetto CAP derivano dalle risorse liberate dalle azioni di riutilizzo/riconversione poste in essere a livello aziendale, evidenziando in alcuni casi (es. Arona) un risparmio gestionale dato dalla differenza fra il costo preventivato per il progetto CAP ed il minor costo sostenuto per l'intervento di riconversione posto in essere.

- 2) Contestualmente allo sviluppo della sperimentazione regionale dei CAP, quali forme organizzative complesse dell'assistenza primaria, operanti a livello multifunzionale e multiprofessionale nell'ambito di strutture aziendali (ex presidi ospedalieri in fase di riconversione e presidi polifunzionali distrettuali), nel corso del 2014 la rete delle altre forme associative mono e multiprofessionali ha garantito l'erogazione dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa sul territorio.

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 2) 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 e regionale:

- 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;
- Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 di cui all'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancita il 10.7.2014;
- D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i., Allegato A, punto 4, "Linee d'indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale".

Oltre ai CAP in fase di sperimentazione, la rete delle cure primarie delle ASL 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 attivati 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.

Sul versante delle forme associative monoprofessionali di tipo funzionale, le equipe territoriali hanno coinvolto, nel 2014, la totalità dei MMG/PDLS, per un totale annuo di 231 equipe territoriali MMG e di 39 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”*.

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, coinvolgevano a livello regionale circa l'82% dei MMG, ai quali corrispondeva l'86% del totale degli assistiti.

Sul versante della pediatria, le forme associative coinvolgevano il 59,7% dei PDLS a copertura del 62% 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 occorre tener presente che 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.

- Nuova strutturazione del Distretto nell'organigramma dell'ASL
Definizione di un rapporto di sovra-ordinazione funzionale (non gerarchico) del distretto nei confronti delle strutture territoriali competenti nelle diverse aree di attività clinico-assistenziale e di un coordinamento interdistrettuale facente capo alla Direzione Sanitaria Aziendale
- Riordino delle cure primarie
Il modello organizzativo delineato con la deliberazione si ha l'obiettivo di 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 e fondata sulla sistematica interazione tra i medici di famiglia, i servizi specialistici e l'area socio-sanitaria, quale modello di riferimento per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza a favore delle malattie croniche.

Il coinvolgimento degli specialisti nel contesto delle Cure primarie è rivolto a garantire la continuità tra il livello primario e secondario dell'assistenza, nell'ottica di un approccio sistemico al paziente, fondato sull'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare nell'ambito di protocolli diagnostico-terapeutici predefiniti (PDTA).

Le nuove forme organizzative delle Cure primarie sono tendenzialmente destinate a garantire, nel nuovo disegno organizzativo regionale definito dalla suddetta deliberazione, l'erogazione dell'assistenza primaria 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.

- **Linea Progettuale 2: Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali**

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

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.

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**

Negli anni 2014 la rete dell'offerta di servizi si è ampliata attraverso l'apertura di nuove strutture NAT e di Centri diurni. Complessivamente sono stati aperte 8 strutture NAT per un totale di 146 posti letto e tre Centri Diurni per un totale di 61 posti diurni.

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).

Attualmente la rete regionale è incentrata sui seguenti servizi:

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

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

In particolare, le due reti residenziale e semiresidenziale rispondono ad esigenze parzialmente differenziate.

La prima, quella residenziale incentrata sui Nuclei Alzheimer Temporanei, mira a implementare e migliorare la risposta organizzativa che permetta la presa in carico del paziente anche in fase acuta evitando l'ospedalizzazione ritenuta, a livello scientifico, una risposta inadatta a questa tipologia di pazienti. Il NAT si configura, quindi, come una risposta che permetta un'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.

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

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

Al fianco di queste due risposte si intende sostenere le famiglie/caregiver 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.

Denominazione 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 interstiziale e dalla "Bladder Pain syndrome".

L'implementazione del progetto di evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta al fine di aumentare gli strumenti necessari per l'applicazione della Direttiva Comunitaria sulla Medicina Transfrontaliera ha permesso di identificare, attraverso l'analisi dei dati presenti nel Registro delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta, 4 presidi Ospedalieri (AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, AOU S. Luigi di Orbassano, AO Mauriziano di Torino, Ospedale S. Giovanni Bosco-ASL TO2) che possiedono le caratteristiche strutturali e le casistiche necessarie per far parte delle Reti Europee di Riferimento. L'analisi svolta sulle specifiche casistiche relative ai diversi gruppi ERN ed il loro confronto con le casistiche nazionali, fornite all'ISS da parte del Centro di Coordinamento della Rete Interregionale per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta, ha permesso di valutare le seguenti possibilità di candidatura:

- AOU Città della Salute e della Scienza di Torino: possibilità di candidatura per 18 gruppi ERN
- AOU S. Luigi di Orbassano: possibilità di candidatura per 2 gruppi ERN
- AO Mauriziano di Torino: possibilità di candidatura per 1 gruppo ERN
- Ospedale S. Giovanni Bosco – ASL TO2: possibilità di candidatura per 3 gruppi ERN

L'attività istruttoria svolta dall'Organismo Nazionale per gli ERN (di cui fanno parte il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e rappresentanti delle Regioni) ha fornito l'endorsement ministeriale a:

- AOU Città della Salute e della Scienza di Torino: endorsement per 16 gruppi ERN

- AOU S. Luigi di Orbassano: endorsement per 2 gruppi ERN
- Ospedale S. Giovanni Bosco – ASL TO2: endorsement per 3 gruppi ERN

Sono state quindi presentate ai coordinatori europei le seguenti candidature per la partecipazione alle Reti Europee di Riferimento:

- AOU Città della salute e della Scienza di Torino: 2 candidature
- AOU S. Luigi di Orbassano: 2 candidature
- Ospedale S. Giovanni Bosco – ASL TO2: 2 candidature (una terza candidatura è in fase di rivalutazione da parte del coordinatore europeo)

Denominazione Progetto: Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR, per le seguenti patologie: ADHD E disturbi del comportamento, autismo, disturbi del linguaggio e disturbi specifici dell'apprendimento

ADHD

Relativamente all'ADHD in età evolutiva, è stata condotta 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 D.G.R. 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 comorbidità significative, all'intervento multimodale viene associato un intervento farmacologico con farmaci psicostimolanti, secondo le indicazioni dell'ISS con i criteri di farmaco vigilanza dettati dall'AIFA (Registro Nazionale ADHD)

I servizi di Neuropsichiatria Infantile hanno diagnosticato e preso in carico negli ultimi tre anni n. 6178 pazienti, di questi 420 sono attualmente in trattamento farmacologico

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", sono stati costituiti 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 D.G.R. 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:

- 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).

Con la D.D. n. 496 del 22.05.2014 sono state date alle ASR indicazioni per la diagnosi e la certificazione diagnostica dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA) nella Regione Piemonte ad integrazione della D.D. n. 547 del 21 luglio 2011 e in applicazione della DGR n. 16-702 del 4.02.2014.

Denominazione Progetto: L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio

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 iniziati i lavori per la predisposizione dei 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.

Nel 2014 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;

- è stato attivato un ambulatorio aziendale nelle ASR 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"- "Profilo assistenziale per lo screening e la diagnosi prenatale delle anomalie cromosomiche e della spina bifida aperta" che 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 descrivendo 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%

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 31,9%, in una sostanziale stabilità delle gravidanze riferite ad ambulatori per il basso rischio o la patologia/rischio.

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

Il finanziamento d'esercizio 2014 ha permesso la realizzazione, in fase sperimentale, di un supporto informativo su web denominato "Early Arthritis", questo software funge da strumento per un facile riconoscimento dei sintomi precoci di artrite e per riconoscere(individuare) i casi in cui (nei quali) indirizzare il paziente alla consulenza reumatologica. L'intervento ha la finalità di intercettare i pazienti in fase precoce e di agire quindi sulla quota di incidenza che è stimata nello 0,2-0,4 per mille, valutabile per la Regione Piemonte intorno ai 800-1600 nuovi casi/anno. Questi pazienti oltre che avere un adeguato accesso alla prestazione specialistica in tempi brevi e al trattamento saranno valutati nel tempo per individuare in particolare quale sia il loro decorso clinico e per

confermare anche sul territorio piemontese il dato di letteratura del minor ricorso al farmaco biotecnologico con una minore spesa.

Denominazione Progetto: Le malattie infiammatorie croniche intestinali

Nel corso dell'esercizio 2014, la Regione Piemonte ha promosso la realizzazione di un PDTA volto a promuovere uniformità ed efficacia nei processi di cura rivolti alle malattie infiammatorie intestinali. Il PDTA considera quali sintomi iniziali la diarrea e/o dolori addominali protratti per almeno quattro settimane. Per la realizzazione di questo percorso è stato costituito un gruppo di lavoro che vede quali figure attive non solo i medici specialisti coinvolti ma anche i MMG, i farmacisti e le associazioni delle persone affette da tali patologie.

Congiuntamente alla predisposizione del PDTA sono stati messi in atto gli strumenti necessari alla sua realizzazione quali un supporto informatico con funzione di interfaccia tra i software in uso più frequentemente presso gli ambulatori dei MMG e quelli degli specialisti che operano presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Considerato l'elevato numero di pazienti trattati si è provveduto tra l'altro ad elaborare una scheda informatizzata, in fase di completamento, per la gestione delle informazioni cliniche e per il loro studio.

Inoltre, si è impostato un progetto per la gestione collegiale dei pazienti affetti da IBD anche con reumatologi e dermatologi.

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

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

La realizzazione di PAC in ambito riabilitativo, oltre a presentarsi quale ulteriore modalità organizzativa per la gestione dei bisogni di salute dei pazienti, permette una migliore appropriatezza di utilizzo di 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 di acuzie.

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

La costruzione dei PAC ha come presupposto la definizione del 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 le professioni coinvolte, a loro volta tenute a colloquiare, di definire i bisogni specifici della persona ed a indicare le risposte adeguate, attraverso l'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale, seguendone passo passo tutto il percorso di cura.

Nell'ambito degli obiettivi perseguiti negli anni 2014, si ritiene opportuno evidenziare quanto segue:

- adozione in regime ambulatoriale di percorsi riabilitativi tempestivi, completi, alternativi al ricovero;
- ottimizzazione delle risorse ed il miglioramento dell'efficienza attraverso lo spostamento delle attività dal regime di ricovero a quello ambulatoriale;
- assicurare al paziente un trattamento intensivo usufruendo di tutti gli stimoli positivi conseguenti al rientro precoce al domicilio.
- utilizzo dei PAC da parte dei Servizi RRF di Asl regionali ed analizzarne l'esito

Denominazione Progetto: Rete regionale delle strutture che svolgono attività di riabilitazione - sviluppo di un modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete.

Con 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 28/01/11 D.G.R. n. 12-1665 del 7/03/2011 e D.G.R. n. 6-5519 del 14/03/2013 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 vari "setting riabilitativi", l'equità di accesso al percorso riabilitativo, la continuità dei percorsi di cura e la razionalità nell'uso delle risorse.

Sono stati altresì individuati i percorsi assistenziali da assicurare al paziente in rapporto al fabbisogno riabilitativo, identificando attori, modalità operative e responsabilità funzionali.

I percorsi sono correlati all'intervento riabilitativo da assicurare al paziente ed intervengono sulle disabilità emergenti a seguito di esiti di patologie d'organo, mediante la presa in carico globale della persona.

Il "garante della continuità del percorso riabilitativo" e quindi il responsabile del governo clinico è il fisiatra dell'Asl di residenza del paziente ed ha il compito, coordinandosi con gli altri specialisti e professioni coinvolte, a loro volta tenute a colloquiare, di definire i bisogni specifici della persona ed a indicare le risposte adeguate, attraverso l'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale, seguendone passo passo tutto il percorso di cura.

Se il fisiatra riveste il ruolo di "garante clinico" del percorso, spetta al Distretto assicurare un'appropriata risposta organizzativo-gestionale.

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

A tal fine, sono pregiudizievoli 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 – Fisiatra.net".

Nell'ambito degli obiettivi perseguiti negli anni 2014, si ritiene opportuno evidenziare quanto segue:

- Analisi del funzionamento delle strutture/servizi di RRF in rapporto alla propria mission attraverso il monitoraggio del profilo dei pazienti trattati;
- Monitoraggio e valutazione dei fattori di mobilità/indici regionali e comparativi tra le diverse strutture;
- Analisi del percorso del paziente anche al di fuori delle strutture pubbliche;
- Analisi in tempo reale delle risposte del sistema a livello regionale e di ogni singola struttura;
- Comparazione in tempo reale delle attività della singola struttura con quelle delle altre strutture e dei dati regionali.
- continuità al percorso di cura dall'acuzie al rientro al domicilio, evitando interruzioni tra un setting e l'altro, accompagnando il paziente disabile all'interno di una complessa organizzazione in rete;
- condividere immediatamente la documentazione comune e le informative tra i vari attori che intervengono nel percorso riabilitativo, realizzando un "colloquio sistematico", migliorando la conoscenza del "bisogno riabilitativo" degli assistiti con conseguente miglioramento della programmazione aziendale.

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

Al fine di raggiungere gli obiettivi sopra individuati, si è proceduto a:

- avviare il percorso di sperimentazione del modello regionale individuato, che ha interessato la parte più propriamente organizzativa,
 - pianificare la sperimentazione informatica
 - avviare attività di formazione degli operatori
- **Linea Progettuale 3. Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica**

Denominazione Progetto: Programma regionale di Cure Palliative

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

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'equipe
8. Misurazione della Qualità di vita
9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato

10. E' garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e per l'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi più frequenti in queste situazioni.
11. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari
12. Programmi di supporto al lutto
13. Dilemmi etici
14. Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative
15. Programmi di valutazione della qualità delle cure [...]”.

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

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

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”.

Con D.D. n. 262 del 07.04.2014, sono stati approvati i criteri per l'accreditamento istituzionale dei Centri residenziali di Cure Palliative – Hospice, secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 di approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015.

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, con D.G.R. n. 43-7345 del 31.03.2014 è stata approvata l'istituzione della Commissione di Coordinamento della rete regionale di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolte al paziente pediatrico – i cui componenti sono stati nominati con D.D. n. 932 del 10.11.2014 - , con il compito di proporre all'Assessorato i criteri 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”.

Nell'ambito degli obiettivi perseguiti negli anni 2014, si ritiene opportuno evidenziare quanto segue:

- Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.
- Estendere l'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.

Indicatori utilizzati per anno 2014

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

Risultati raggiunti

Miglioramento dell'appropriatezza della presa in carico dei pazienti candidabili alle cure palliative su tutto il territorio regionale, in tutti i setting di cura, secondo gli indicatori sopra illustrati.

Denominazione Progetto: Programma regionale di Terapia del Dolore

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In dettaglio, nell'Intesa in parola si legge che “[...] Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa

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

[...].

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

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

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

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

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

[...]

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

Hub / Centro ospedaliero di terapia del dolore

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

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

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

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

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

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

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

Con D.G.R. n. 84-7674 del 21.05.2014 sono stati individuati i Centri Hub della Rete regionale di Terapia del Dolore quali centri autorizzati al rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di neurostimolatori spinali e di pompe di infusione totalmente impiantabili, in un'ottica di concentrazione degli interventi ad alta complessità e di razionalizzazione della spesa.

Le funzioni e il ruolo assegnati ai Centri Hub ed ai Centri Spoke della Rete di Terapia del Dolore sono quelli individuati dalla D.D. 156 del 07.03.2013, che recepisce le indicazioni dell'Intesa siglata il 25 luglio 2012 in Conferenza Stato Regioni.

La medesima deliberazione ha, inoltre, disposto che fosse istituito un coordinamento sovrazonale, in ciascuna area territoriale, dei Comitati Ospedalieri per la Terapia del Dolore (già formalizzati con deliberazione del Direttore Generale, in base alla normativa regionale vigente in materia), composto almeno dal responsabile del Centro Hub (ove presente), dai Responsabili dei Centri Spoke e da una rappresentanza dei MMG, per la definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti affetti da dolore, sul territorio regionale.

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, con D.G.R. n. 43-7345 del 31.03.2014 è stata approvata l'istituzione della Commissione di Coordinamento della rete regionale di Cure Palliative e di Terapia del Dolore rivolte al paziente pediatrico – i cui componenti sono stati nominati con D.D. n. 932 del 10.11.2014 -, con il compito di proporre all'Assessorato i criteri 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”.

Nell’ambito degli obiettivi perseguiti negli anni 2014, si ritiene opportuno evidenziare quanto segue:

- Assicurare un’omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.
- Estensione dell’offerta delle prestazioni appropriate in terapia del dolore, su tutto il territorio regionale.

Indicatori utilizzati per anno 2014

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

Risultati raggiunti

Miglioramento dell’appropriatezza della presa in carico dei pazienti candidabili alla terapia del dolore su tutto il territorio regionale, in tutti i setting di cura, secondo gli indicatori sopra illustrati

- **Linea Progettuale 4: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione**

Denominazione Progetto: Piano regionale di prevenzione

Nelle more dell’approvazione del Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2014-2018, avvenuta con l’Intesa Stato-Regioni n. 156/CSR del 13/11/2014, la Regione Piemonte ha predisposto una programmazione annuale delle attività di prevenzione per il 2014 (DGR n. 52-7643 del 21 maggio 2014; DD n. 610 del 1/07/2014), al fine di dare continuità agli interventi e programmi in essere nell’ambito del PRP precedente, con un adeguamento alle nuove indicazioni contenute nella proposta di PNP.

Successivamente, come previsto dall’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 per il periodo 2015-2018, sulla base del contesto regionale, degli elementi epidemiologici e dello stato di salute della Regione Piemonte.

RISULTATI RAGGIUNTI 2014

Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili: Guadagnare Salute Piemonte

Per quanto riguarda il setting “scuola”, nel 2014 si è lavorato alla stesura di un nuovo Protocollo d’intesa tra Regione e Ufficio Scolastico Regionale, sono state deliberate linee guida congiunte per l’anno scolastico successivo, al fine di individuare priorità comuni di azione, ed è stato sviluppato un percorso congiunto di ricerca-azione regionale per la costruzione e sperimentazione del profilo

di salute nella scuola, che ha permesso alla nostra regione l'ingresso all'interno del network europeo SHE (Schools for Health in Europe).

Nell'ambito del setting "comunità di vita e di lavoro", nel 2014 è proseguita l'attività dei gruppi "Genitori più", "Rete per l'Attività Fisica", "Rete di psicologia dell'Adolescenza", "Rete donazione sangue e midollo osseo" con la valorizzazione e diffusione dei materiali prodotti, formazione, attività propedeutiche alla creazione di una rete piemontese WHP (*work health promotion*). Sono state definite iniziative congiunte con associazioni e imprese alimentari per il miglioramento della qualità nutrizionale degli alimenti.

È proseguito nel biennio lo sviluppo del sistema di sorveglianza integrato degli incidenti stradali, con stima del carico di disabilità, per migliorare la descrizione della distribuzione territoriale, della evoluzione temporale e dell'impatto sanitario dell'incidentalità stradale. Sono stati attuati interventi di promozione di comportamenti di guida responsabile, interventi di counseling motivazionale breve, da parte dei membri della commissione medica locale, durante la visita per il rilascio della patente a soggetti in trattamento, counseling per la promozione dell'uso di seggiolini presso gli ambulatori vaccinali.

L'attività per la prevenzione degli incidenti domestici si è concentrata su: monitoraggio degli accessi al PS; formazione degli insegnanti della scuola dell'infanzia e della scuola primaria sui temi della sicurezza in casa; informazione alla popolazione nelle occasioni opportune, ad esempio presso consultori, ambulatori pediatrici e vaccinali; valutazione dei rischi delle abitazioni mediante diffusione del questionario auto compilato; è stato effettuato uno studio di fattibilità per la raccolta di dati sugli avvelenamenti domestici.

Nell'ambito del setting "servizi sanitari", nel 2014 sono stati attuati progetti di counselling sugli stili di vita dei malati e delle loro famiglie, sono proseguiti gli interventi di disassuefazione da fumo e dipendenze; in tutte le ASL si sono costituiti i gruppi fumo aziendali; è stato sviluppato il tema dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili; è stato attivato un coordinamento per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico; è proseguito il lavoro di supporto ai neo genitori, per la promozione del benessere mentale e fisico (compresi promozione e sostegno dell'allattamento al seno); è stata avviata la sperimentazione del ruolo della farmacia come sede per l'identificazione precoce di soggetti affetti da alcune delle principali patologie croniche (es. diabete) con attività di counseling; è proseguito il progetto CCM di adattamento del metodo "Dialogo aperto" nei DSM delle ASL TO1 e TO2.

Screening di popolazione

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

- l'assicurazione di qualità nell'intero processo attraverso l'attività dei Centri regionali di riferimento, i workshop regionali per l'approfondimento dei dati, il monitoraggio, con la restituzione dei risultati e la definizione delle azioni correttive da intraprendere;
- l'attuazione della riconversione attraverso la copertura della popolazione bersaglio tramite il solo binario dello screening Prevenzione Serena; sono state raggiunte le coperture da inviti e da esami previste dal PNP; sono stati effettuati interventi per il rafforzamento dell'adesione da parte delle donne straniere;
- l'introduzione del test di screening HPV-DNA per il cancro della cervice uterina.

È stato inoltre avviato lo steering committee per studiare la fattibilità di un programma per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio per malattie croniche non trasmissibili.

Prevenzione infortuni e malattie professionali

È proseguita l'integrazione dei sistemi informativi per il miglioramento della programmazione delle attività attraverso la definizione di appositi protocolli operativi; è stata definita la struttura del sistema di raccolta dati di esposizione dei lavoratori ad agenti cancerogeni. Sono stati effettuati corsi per gli operatori SPreSAL per il miglioramento della segnalazione delle malattie professionali.

È proseguito anche il progetto mirato a sviluppare la cultura della sicurezza nelle scuole, in collaborazione con i servizi SPreSAL delle ASL e l'INAIL.

Al fine di promuovere il coordinamento delle attività di vigilanza e migliorare l'efficacia dell'attività di prevenzione e controllo, sono stati avviati in tutte le province gli Organismi provinciali di vigilanza (OPV) e sono stati rinnovati i piani specifici mirati ai settori dell'edilizia e dell'agricoltura, secondo le indicazioni nazionali. È stato redatto il documento relativo alla verifica degli obblighi formativi dei lavoratori.

Ambiente e salute

È stato dato ulteriore impulso alla collaborazione interistituzionale tra ambiente e salute, attraverso il lavoro congiunto di ARPA, Sanità, IZS e ASL. È stato costituito un gruppo di lavoro interdirezionale (Ambiente, Sanità, Affari istituzionali) per la razionalizzazione dei controlli sulle imprese. È stata avviata la formalizzazione della rete dei referenti ASL per la tematica ambiente e salute.

Sono proseguite le attività di biomonitoraggio su aree a contaminazione nota da diossine e PCB diossino-simili e radionuclidi. È stato definito un piano di potenziamento della sorveglianza epidemiologica per il 2015-2018 ed è stata valutata l'opportunità di un monitoraggio nelle aree della Bassa Val di Susa, area termovalorizzatore di Torino e zona di Carisio; è stata redatta a cura di ARPA e IZS una mappatura di inquinanti a maggior impatto e una rassegna di letteratura su modelli e buone pratiche di gestione ambientale e sanitaria, sulle cui basi è stata elaborata la linea guida per l'applicazione del biomonitoraggio in situazioni di contaminazione ambientale. È stato definito un format per la raccolta di informazioni relative alle valutazioni di impatto nell'ambito delle conferenze di servizi e alle casistiche di problematiche ambientali.

È proseguita l'attività nell'ambito del programma di controlli REACH/CLP su sostanze chimiche/miscele. È stato realizzato un programma formativo sull'amianto rivolto a tecnici comunali, professionisti e operatori ASL. È proseguito il programma di vigilanza presso i centri di estetica / solarium per il controllo del rischio UV, con un piano di controlli sistematici sulle macchine utilizzate e con iniziative di comunicazione del rischio nei segmenti di popolazione interessata.

Infezioni/malattie infettive prioritarie

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

È proseguita la conduzione della sorveglianza polio attiva basata sui laboratori, il coordinamento e supporto per la gestione dei campioni, con incremento dell'attività di ritorno informativo e formazione dedicata.

È proseguita l'informatizzazione dei sistemi informativi regionali delle malattie infettive attraverso la gestione del nodo regionale della piattaforma, la realizzazione dei sistemi speciali di sorveglianza dedicati alle malattie da importazione trasmesse da artropodi, la realizzazione e sperimentazione dell'interfacciamento della piattaforma di segnalazione delle malattie infettive all'Anagrafe unica regionale assistiti (AURA). È stata inoltre avviata l'integrazione degli interventi di sorveglianza e controllo delle antibioticoresistenze e la progettazione di un sistema di sorveglianza dell'uso di antibiotici

Per quanto riguarda le malattie infettive croniche o di lunga durata, è stato elaborato un documento di indicazioni regionali per la ricerca e il trattamento della ITBL tra i contatti di caso di TB; è stata mantenuta l'attività della rete regionale dedicata alla diagnosi, cura e prevenzione delle MST. È proseguita l'attività di sorveglianza regionale dei nuovi casi di infezione da HIV attraverso la gestione del sistema di sorveglianza dedicato e la sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV. È stata avviata la revisione del piano regionale per le emergenze infettive e sono stati aggiornati i piani specifici per Chikungunya e Dengue e febbre West Nile.

Sicurezza alimentare

Gli obiettivi di miglioramento della qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e di garanzia di tutela della salute dei consumatori sono stati perseguiti anche nel 2014 attraverso il Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (DD n. 202 del 20/03/2014), con le seguenti attività:

- Definizione e invio alle ASL del Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (PRISA), valutazione dei livelli di coerenza nei Piani locali (PAISA), valutazione dei livelli di attuazione PRISA/PAISA.
- Prosecuzione degli audit di sistema e di settore nelle ASL: nel 2014 sono stati effettuati 6 audit sulle ACL, mentre l'ACR ha ricevuto un audit da parte del FVO.
- Azioni di comunicazione indirizzate ad imprese, associazioni, popolazione generale: realizzato un approfondimento sui rischi e benefici legati al consumo di pesce.
- Definizione e coordinamento delle iniziative di formazione per gli operatori ASL.
- Gestione Allerta e sorveglianza MTA: realizzata la matrice sulle malattie a trasmissione alimentare (www.ceirsa.org).
- Definizione di programmi prevenzione in ambito nutrizionale, progetto di accordo quadro con Associazioni di categoria per la riduzione del contenuto di sale nel pane.
- Prosecuzione del miglioramento della qualità ed efficacia dell'attività di controllo.
- Incontri per la comunicazione del PAISA a livello locale sulla base di indirizzi regionali.
- Eventi formativi indirizzati agli operatori ASL secondo il programma regionale, in particolare un evento rivolto al personale delle Autorità Competenti sui diversi aspetti del controllo ufficiale.

Organizzazione e governance del Piano regionale di prevenzione

L'attuazione degli interventi previsti è stata supportata dal gruppo Governance del CORP (Coordinamento regionale della prevenzione) attraverso incontri periodici di monitoraggio e attività formative; è stato avviato il censimento delle fonti informative degli indicatori, per supportare la valutazione e il monitoraggio del Piano; è stato ulteriormente esteso l'utilizzo della banca dati ProSa anche come strumento di rendicontazione degli interventi di promozione della salute.

Sono state attuate le sorveglianze di popolazione OKkio alla Salute, HBSC, PASSI, necessarie per conoscere lo stato di salute della popolazione: nel 2014 è stata attuata la quarta indagine OKkio alla Salute, volta ad acquisire informazioni sulle abitudini alimentari e sull'attività fisica dei bambini piemontesi di 8-9 anni; si è svolta nel 2014 anche la sorveglianza HBSC sui comportamenti di salute degli adolescenti piemontesi (11-15 anni), mentre è stata attuata nel 2014, come ogni anno, la raccolta PASSI, con effettuazione di interviste alla popolazione 18-69enne e pubblicazione di reportistica.

È stata avviata la revisione organizzativa a sostegno del Piano di prevenzione, con l'individuazione in ogni ASL di gruppi di progetto dedicati al PLP e al PAISA; è stata avviata l'individuazione dei coordinatori regionali del PRP.

È stato avviato l'Health Equity Audit su alcuni programmi del PRP, al fine di facilitare la costruzione di interventi di prevenzione efficaci e attenti all'equità. È stato anche avviato il Laboratorio della prevenzione, un gruppo di esperti con il compito di fornire raccomandazioni per selezionare interventi costo-efficaci nel PRP della Regione Piemonte.

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

Le quote destinate a tale progetto sia per l'esercizio 2014 sono state accantonate nel bilancio d'esercizio della GSA.

- **Linea Progettuale 5: Gestione della cronicità**

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

Il progetto di presa in carico territoriale delle persone con patologie croniche anche rare ha previsto nell'esercizio 2014 azioni su due macro ambiti:

- **persone con patologie croniche:** garantire la presa in carico socio-sanitaria della persona non autosufficiente e della persona disabile nell'ambito della rete dei servizi distrettuali; si devono inoltre implementare gli strumenti organizzativo-gestionali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti; infine bisogna consolidare la rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza;
- **malattie rare:** i risultati di tale progetto possono rappresentare la base per l'identificazione e l'organizzazione dei PDTA; l'implementazione di una rete assistenziale efficiente permetterà di garantire standard organizzativi di qualità; si potranno individuare degli indicatori che serviranno a valutare il grado di ottimizzazione della gestione delle strutture dedicate a tali malattie e a contribuire all'individuazione dei LEA per la gestione delle malattie rare.

Per quanto concerne la prima linea di attività, ossia la presa in carico territoriale delle persone con patologie croniche, la Regione Piemonte ha garantito la presa in carico socio-sanitaria della persona non autosufficiente e della persona nell'ambito della rete dei servizi aziendali e distrettuali mediante diverse azioni poste in essere dal 2010 in poi, attestanti l'intenzione di porre particolare attenzione a tale ambito. In particolare:

- con DGR n. 62-13647 del 22 marzo 2010 "Istituzione del percorso clinico assistenziale per persone in Stato vegetativo, Stato di Minima Coscienza e Locked-in Syndrome" sono stati definiti i requisiti organizzativi e strutturali del Nucleo Stati Vegetativi (NSV) e Nucleo di Alta Complessità Neurologica cronica (NAC)". Nello specifico il NAC è destinato a persone con patologie neurologiche croniche in fase avanzata con coscienza conservata assimilabili alla Locked-in Syndrome per quadro motorio, caratterizzati da un bisogno assistenziale elevato e in cui non appaia più possibile intraprendere percorsi riabilitativi orientati ad un recupero anche minimo di autonomia. Prima dell'inserimento nel NAC, l'Unità Multidisciplinare di Valutazione della Disabilità (UMVD) ha rispetto il percorso di continuità di cura ha il compito di:
 - 1) individuare il Responsabile del Caso/Case manager,
 - 2) valutare la situazione di bisogno della persona,
 - 3) predisporre il Progetto Individuale,
 - 4) effettuare un monitoraggio periodico sullo stato di attuazione del Progetto Individuale.

Nella medesima DGR sono stati definiti i requisiti strutturali ed organizzativi, di ogni nucleo, nonché la tariffa giornaliera e la programmazione regionale in base al fabbisogno, che è stato definito in un nucleo di 10 posti letto per ogni Azienda Sanitaria Locale piemontese.

- con DGR n. 22-5036 dell'11 dicembre 2012 "D.Lgs 30.12.1992, n. 502 s.m.i. e L.R. 8.01.2004, n. 1. Approvazione requisiti e procedure per l'accreditamento di strutture con Nuclei per Stati Vegetativi/Stati di Minima Coscienza e Nuclei di Alta Complessità Neurologica" si sono definiti i requisiti per l'accreditamento anche dei NAC, che nel frattempo stavano iniziando a concretizzarsi in strutture socio-sanitarie o sanitarie, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali e nelle Case di Cura. Nel 2014 i NAC iniziano ad essere presenti in due Aziende Sanitarie nello specifico nell'ASL di Vercelli e nell'AASL del Verbano Cusio Ossola.

Un'altra tipologia di utenti, per i quali si è provveduto ad implementare gli strumenti organizzativo-gestionali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza e della vita, sono i pazienti neuropatici, tant'è che con DGR n. 10-6978 del 30 dicembre 2013 "DGR n. 8-12316 del 12 ottobre 2009 Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessità di trattamento dialitico tramite "Contributo economico a sostegno della dialisi domiciliare" Conferma del provvedimento al termine della fase sperimentale".

Nel 2014 si è osservato un ulteriore aumento dei trattamenti dialitici peritoneali al domicilio

Per quanto concerne, invece, il macro ambito delle malattie rare il progetto ha permesso di identificare i Centri di maggior attrattiva per pazienti affetti da malattia rara.

I centri identificati sono stati proposti per la partecipazione ai bandi europei per le Reti Europee di Riferimento per le malattie rare che permetteranno di fornire ai pazienti delle risposte cliniche e di presa in carico basate sulle migliori evidenze scientifiche esistenti.

Sono state inoltrate al Ministero della Salute le candidature dei centri della regione Piemonte per partecipare alle Reti di riferimento europee – ERNs (European Reference Networks).

Si è dapprima provveduto ad identificare le strutture sanitarie (Healthcare providers) accreditate dal SSN e facenti parte della rete regionale delle malattie rare in base a quanto previsto dalla DGR 22-11870 del 2.3.2004; detta identificazione, in ottemperanza alle indicazioni ministeriali, si è fondata sull'attività dei centri, documentata dall'ISS, considerando pertanto i nosocomi presenti in quella graduatoria.

Inoltre, in seguito ad una richiesta del Tavolo Tecnico Interregionale di considerare anche l'attività di segnalazione su malattie o gruppi di malattie che per prevalenza, onerosità e gravità siano a tutti gli effetti assimilabili alle patologie rare indicate nell'all. 1 al DM 279/2001, pur non essendo là presenti, sono state valutate le candidature dei centri per le quali fosse possibile monitorare l'attività grazie al registro per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Il riscontro del Ministero della Salute ha confermato l'endorsement ai fini della partecipazione alle Reti di riferimento europee – ERNs per:

- 15 candidature per l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- 2 candidature per l'AOU San Luigi di Orbassano
- 3 candidature per l'Ospedale HUB S. Giovanni Bosco - ASL TO2 (CMID)

In totale, ad oggi e fatte salve future implementazioni, i Centri della rete per le Malattie Rare del Piemonte e della Valle d'Aosta parteciperanno a 7 Reti Europee di Riferimento.

- **Linea Progettuale 6. Reti oncologiche**

Denominazione Progetto: Promozione di rete nazionale per i tumori rari

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Specificità nella ricerca

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

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

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

Supporto finanziario alla ricerca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivi quantitativi e qualitativi raggiunti nell'anno 2014

- Realizzazione di una rete regionale per la cura e lo studio dei tumori rari.
- Diffusione della cultura sui TR concentrando l'attenzione su tre aree scientifiche: sarcomi dei tessuti molli e dell'osso; tumori neuroendocrini, tumori del SN
- Adozione di corso multimediale.
- 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.
- Registrazione sistematica dei TR visti in un anno presso la RTR; almeno 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)
- 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.
- Raccolta sistematica di tutti i referti istopatologici relativi ai tumori rari presso tutte le SO di anatomia patologica delle due Regioni, diagnosticati in 5 anni (2006-2011) per avere un quadro preciso del numero dei casi e delle sedi dove avviene la diagnosi.
- Potenziamento del portale regionale relativo agli studi sui TR già disponibile

Indicatori utilizzati nell'anno 2014

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

Risultati raggiunti

Miglioramento dell'appropriatezza nell'offerta assistenziale ai pazienti affetti da tumore raro, secondo gli indicatori sopra illustrati.

Denominazione Progetto: Sviluppo e implementazione delle attività del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

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 sono state implementate nel corso del 2014.

Validazione dei gruppi interdisciplinari di cure e miglioramento del loro funzionamento:

- 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 attività e del funzionamento del gic con gli eventuali aggiornamenti dei pdta

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

Validazione dei pdta adottati per ciascun tumore da parte dei singoli gic

- 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

Interventi informativi e formativi per aumentare l'attenzione dei pazienti e dei medici di medicina generale sui sintomi iniziali per una diagnosi tempestiva

- 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 inappropriatezze 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 indicatori di qualità

Verifica dei percorsi adottati per i diversi tumori

- Visite periodiche in ogni azienda per la analisi della concordanza tra i percorsi dichiarati e i percorsi realizzati
- Analisi delle criticità riscontrate e misure per la loro risoluzione

Iniziative specifiche per migliorare la qualità

- 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

Promuovere la ricerca quale elemento della qualità delle cure

- 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

Garantire l'adozione di contesti idonei per la comunicazione con il paziente

- 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

Formazione del team curante: il lavoro di gruppo e l'organizzazione dell'equipe

- 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

La completezza della informazione per il coinvolgimento del paziente nelle scelte terapeutiche

- Valutazione su un tumore della correttezza informativa per la scelta terapeutica: il progetto di sorveglianza attiva nel carcinoma della prostata

Indicazioni di rete per il consenso informato del paziente

- Diffusione, discussione critica degli elementi rilevanti e monitoraggio dell'adozione delle indicazioni elaborate dall'associazione italiana di oncologia medica nel documento sul consenso

Migliorare le indicazioni per la valutazione alle cure palliative

- 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

Assicurare la continuità delle cure e i rapporti con i direttori di distretto

- Discussione periodica con i direttori di distretto delle criticità più importanti rilevate, valutazione delle misure per superarle e monitoraggio della loro adozione

Rafforzamento del ruolo del medico di medicina generale nel percorso di cura del paziente

- 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

Assicurare la continuità delle cure: il coinvolgimento degli infermieri dei servizi territoriali

- Conoscenza dei servizi infermieristici presenti nei diversi distretti
- Stesura di procedure concordate per la presa in carico assistenziale dei pazienti alle dimissioni ospedaliere

Assicurare la continuità delle cure: la trasmissione delle informazioni relative al paziente da parte dei servizi del dipartimento di rete

- Indicazioni del dipartimento per uniformare i referti delle visite gic e delle prestazioni oncologiche ambulatoriali, le dimissioni dal reparto e dal day hospital

Attuazione del progetto di riabilitazione con attenzione alle diverse dimensioni fisiche, emotive, relazionali, familiari e sociali

- 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
- Uniformare il follow up per ciascun tipo di tumore
- 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

Formazione degli operatori alla relazione con pazienti, familiari e accompagnatori

- Prosecuzione degli eventi formativi con lavoro di piccoli gruppi in aula rivolti congiuntamente a medici e infermieri della stessa equipe
- Informatizzazione della rete SSO
- 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

Migliorare l'accoglienza dei luoghi di cura

- 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

Sensibilizzazione all'attenzione ai sintomi e al loro controllo

- 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

Riduzione di interventi diagnostico terapeutici negli ultimi giorni di vita

- 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

Formazione dei volontari che prestano servizi direttamente rivolti ai pazienti

- Promozione di momenti formativi che consentano la selezione corretta dei volontari
- Iniziative di sostegno ai volontari in attività e verifica della loro validità

Valorizzazione dei servizi offerti dai volontari

- 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

Prosecuzione del progetto protezione famiglia

- 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

Progetto di cooperazione con Zenica (Bosnia)

- Interventi per completare il progetto previsto
- Costituzione di una commissione per mantenere rapporti e scambi collaborativi
- Coordinamento degli interventi delle/degli assistenti sociali di riferimento dei cas
- 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 psicologo/psicologa di riferimento da parte di ciascun cas
- Riunione periodica degli operatori segnalati per fissare comuni procedure di intervento

Ospedali e strutture sanitarie senza fumo

- Verifica dei risultati ottenuti nelle aziende partecipanti
- Iniziative per estendere ad altre aziende il progetto

Prendersi cura di chi cura: estensione agli operatori dei progetti sui cambiamenti dello stile di vita

- 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
- Prendersi cura di chi cura: la prevenzione del burnout
- Censimento delle iniziative in corso nelle Aziende per la prevenzione del burnout in ambito sanitario
- Progetto in collaborazione con la rete di psiconcologia per promuovere iniziative specifiche per gli operatori in ambito oncologico

Oncologia ecologica

- 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 futuri

Promozione della salute

- 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
- Attenzione ai rischi per il paziente
- 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
- Prevenzione e rischio degli stravasi: procedure organizzative per l’impianto dei diversi cateteri venosi e raccomandazioni per la gestione degli stravasi

I problemi etici in oncologia

- Costituzione di una Commissione del Dipartimento per cominciare a discuterne ed elaborare documenti
- Pubblicizzazione della documentazione prodotta

Compiti medico-legali degli operatori del Dipartimento di Rete

- 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

- 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

Con specifico riferimento ai criteri ed ai requisiti dei centri il Dipartimento della Rete Oncologica ha innanzitutto analizzato il modello organizzativo, in particolare:

- la presenza del Gruppo interdisciplinare Cure (GIC), dotato di tutte le componenti individuate dalle raccomandazioni elaborate dai gruppi di lavoro del Dipartimento della Rete Oncologica;
- l'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) approvato dalle rispettive Direzioni Sanitarie;
- il funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), in grado di garantire in modo coordinato, appropriato e tempestivo gli esami di diagnosi e stadiazione.

Per la valutazione del volume di attività si sono analizzati i dati di produzione dei singoli presidi ospedalieri, basandosi sulle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) degli ultimi tre anni, raffrontate con i rispettivi DRG di pertinenza per ciascun tipo di tumore trattato.

Per l'esperienza degli operatori, sono stati presi in considerazione il curriculum formativo ed i dati di esito degli interventi chirurgici (per questi ultimi, peraltro, il Dipartimento sta sistematicamente ampliando la raccolta e l'analisi per ciascun tipo di tumore).

Per quanto riguarda le tecnologie presenti nei presidi ospedalieri, si è tenuto conto di quanto dichiarato dalle singole Direzioni Sanitarie Aziendali in sede delle riunioni sopra citate, delle indicazioni presenti nei PDTA elaborati dai GIC, delle criticità segnalate dai CAS per l'accesso agli esami di diagnosi e stadiazione.

Obiettivi quantitativi e qualitativi raggiunti nell'anno 2014

Giungere all'attuazione di un modello definitivo di rete, attraverso il coordinamento delle attività delle Aziende Sanitarie regionali.

Indicatori utilizzati nell'anno 2014

- Numero dei corsi di formazione degli operatori effettuati/numero di corsi previsti
- Numero di Aziende in cui viene effettuato il monitoraggio delle attività/ numero delle Aziende Sanitarie regionali
- Numero degli incontri locali effettuati/numero degli incontri previsti
- Verifica dei percorsi adottati nelle singole Aziende per i diversi tumori

Risultati raggiunti

Miglioramento dell'appropriatezza nei percorsi assistenziali dei pazienti affetti da patologia tumorale, secondo gli indicatori sopra illustrati.

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

Nel corso dell'esercizio 2014 si è offerto 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.

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

Tale gruppo ha il compito di:

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

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

Obiettivi quantitativi e qualitativi raggiunti nell'anno 2014

- 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
- Allestimento di una biobanca dedicata: 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.

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

- Avvio della procedura di conservazione di tessuto gonadico e cellule germinali per tutte le pazienti che ne abbiano indicazione.

Indicatori utilizzati l'anno 2014

- realizzazione PDTA
- Analisi epidemiologica
- realizzazione di un software dedicato
- realizzazione di una Biobanca
- certificazione della Biobanca
- 20% della stima di donne attese conservano il proprio tessuto (40% il secondo anno)

Risultati raggiunti

presa in carico globale e continua delle bambine e delle giovani donne affette da qualsivoglia neoplasia, secondo gli indicatori sopra illustrati.

Rendicontazione delle spese sostenute sui Progetti Obiettivo di PSN 2014

LINEA PROGETTUALE		TITOLO DEL PROGETTO	Spese sostenute a valere sulle quote di FSR Vincolato relative a PSN 2014	Quote Accantonate in GSA a valere sulle quote di FSR Indistinto
3.00	Cure Palliative E Terapia Del Dolore. Sviluppo Dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica	Programma regionale di Cure Palliative	8.203.092	
		Programma regionale di Cure Palliative		
4.00	Piano Nazionale Prevenzione E Supporto Al Piano Nazionale Prevenzione	Piano regionale di prevenzione	19.687.421	
		Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM, con NIEPB		98.437
1.00	Attività Di Assistenza Primaria	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria	88.130.046	
2.00	Sviluppo Dei Processi Di Umanizzazione All'Interno Dei Percorsi Assistenziali	Implementazione della rete di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer e altre demenze		
		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.		
		Definizione di modelli operativi di assistenza mediante l'organizzazione della rete dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile delle ASR, per le seguenti patologie: adhd e disturbi del comportamento· autismo· disturbi del linguaggio e disturbi specifici dell'apprendimento		
		L'assistenza addizionale in gravidanza in consultorio		
		PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)		
		Le malattie infiammatorie croniche intestinali		
		Sviluppo in ambito riabilitativo di un modello assistenziale alternativo al ricovero (PAC).		
		Rete regionale delle strutture che svolgono attività di riabilitazione - sviluppo di un modello informatico per la gestione del percorso riabilitativo in rete.		
		5.00		
6.00	Reti Oncologiche	Promozione di rete nazionale per i tumori rari		
		Sviluppo e implementazione delle attività del Dipartimento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta		
		Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative		
		TOTALE	116.020.559	98.437