

Deliberazione della Giunta Regionale 27 maggio 2019, n. 20-9072

Recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti 149/CSR e 150/CSR del 1/8/2018, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2018. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2018 assegnate con DGR n. 23-8257 del 27/12/2018 e presa d'atto della relazione illustrativa e rendicontazione degli obiettivi di PSN anno 2017.

A relazione dell'Assessore Saitta:

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 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 2017 in sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali individuate per l'anno 2016. (Rep. Atti n. 181/CSR del 26/10/2017 e n. 182/CSR del 26/10/2017);

vista l'intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018 (Rep. Atti n. 149/CSR, 1/8/2018);

visto l'Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018 (Rep. Atti n. 150/CSR, 1/8/2018);

preso atto che i citati accordi per le annualità 2017-2018 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di PSN:

	Linea Progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare specialistica e sviluppo palliativa	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 2017	8.157.725	19.578.540	72.912.442	100.648.707
Esercizio 2018	8.145.328	19.548.786	62.114.966	89.809.080

Dato atto che le schede progettuali delle AA.SS.RR. sono state predisposte in conformità con i seguenti atti

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

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";

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";

D.D. n. 262 del 07/04/2014, con cui 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;

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

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 neuro-stimolatori spinali e di pompe di infusione totalmente impiantabili, in un'ottica di concentrazione degli interventi ad alta complessità e di razionalizzazione della spesa;

D.G.R. n. 42-2743 del 29/12/2015 con cui 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 la D.G.R. n. 39-7702 12 ottobre 2018 ha approvato le schede di progetto regionali del PSN per l'anno 2017 assegnati agli Enti del SSR con DGR n. 35-5326 del 10/07/17 e smi;

dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2018 sono state assegnate agli Enti del SSR con D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017 e definitivamente con D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018;

precisato che nel definire i Progetti Obiettivo di PSN 2017 e 2018 si è tenuto conto, tra l'altro, del rispetto dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:

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

dato atto che le attività rendicontate per l'anno 2017 sono coerenti con gli atti regionali di indirizzo e programmazione come sopra richiamati;

precisato che per l'anno 2017 con D.G.R. n. 32-6802 del 27/04/2018 la spesa del SSR concernente il supporto ai tre network (ONS AIRTUM NIEBP), pari complessivamente a euro 97.893 (quota parte della linea nazionale degli obiettivi da PSN vincolati pari a euro 19.578.540), nelle more delle indicazioni e riparto nazionale definitivo è stata accantonata nel bilancio d'esercizio 2017 regionale della GSA;

dato atto che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2018 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2018 sono state suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2018	Settori regionali competenti
1 Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con	59.096.279	A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2018	Settori regionali competenti
multicronicità		
2 Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000	A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
3 Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	8.145.328	A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
4 Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.548.786	A1409A - Prevenzione e Veterinaria
5 Tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale – territorio (processi di digitalizzazione, telemedicina)	2.748.687	A14016B - Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
TOTALE COMPLESSIVO	89.809.080	

ritenuto di approvare con l'allegato 2) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, ai sensi dei sopracitati accordi, la specifica relazione che illustra per l'anno 2017 i risultati raggiunti, per singolo progetto, e degli stati di avanzamento in coerenza ai provvedimenti regionali di riferimento approvati con la D.G.R. n. 39-7702 del 12/10/2018;

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;

dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale;
attestata la regolarità amministrativa del presente atto, ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17/10/2016;

tutto ciò premesso e considerato;

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

delibera

- di recepire gli Accordi, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano la proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018 e relativa ripartizione (Rep. Atti n. 149/CSI e 150/CSR, 1/8/2018) allegati A e B alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;

- di approvare il Programma regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2018 Allegato 1) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, le schede relative a ciascuna linea progettuale coerente con quanto assegnato, realizzato o accantonato dagli Enti del SSR nell'esercizio 2018 in attuazione dei provvedimenti regionali di riparto del fondo sanitario:

DGR n. 113-6305 del 22/12/2017

DGR n. 23-8257 del 27/12/2018

- 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 contabilizzato le risorse, sostenute o accantonate la spesa relativa alle linee progettuali di PSN 2018 nel bilancio d'esercizio 2018;

- di prendere atto della relazione illustrativa dei risultati raggiunti e del rendiconto per singolo progetto, nell'anno 2017 e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali come da Allegato 2 al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale in coerenza con le schede progettuali approvate con D.G.R. n. 39-7702 del 12/10/2018;

- 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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

ALLEGATO A

90-9073 27-5-2019
Il Segretario di Gabinetto

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018.

Rep. Atti n. 149/CSR del 1° agosto 2018

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

Nella odierna seduta del 1 agosto 2018:

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

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

VISTA la nota del 25 luglio 2018, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione del CIPE concernente la ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza con nota del 26 luglio 2018;

AP





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

CONSIDERATO che, nel corso della odierna seduta, le Regioni e le Province Autonome hanno espresso intesa e consegnato un documento (Allegato 1) che si allega al presente atto;

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

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018, che allegato al presente atto, (Allegato sub A), ne costituisce parte integrante.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddo



IL PRESIDENTE
Sen. Erika Stefani



CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

18/98/SR02-03-12/C7

1 agosto
Delella



**POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE
DI DELIBERAZIONE DEL CIPE CONCERNENTE
IL RIPARTO TRA LE REGIONI DELLE DISPONIBILITÀ
FINANZIARIE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER
L'ANNO 2018**

**Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo
31 marzo 1998, n. 112**

Punto 2) Odg Conferenza Stato-Regioni

**POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE
DI DELIBERAZIONE DEL CIPE RELATIVA ALLA
RIPARTIZIONE ALLE REGIONI DELLE QUOTE VINCOLATE
ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL PIANO
SANITARIO NAZIONALE PER L'ANNO 2018**

**Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre
1996, n. 662**

Punto 3) Odg Conferenza Stato-Regioni

**POSIZIONE SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL MINISTRO DELLA
SALUTE, DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE, DI RIPARTIZIONE DELLE QUOTE PREMIALI PER
L'ANNO 2018**

**Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 67 bis, della legge 23 dicembre 2009,
n. 191**

Punto 12) Odg Conferenza Stato-Regioni

- **Punto 2** la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa sull'ultima proposta trasmessa in data odierna, che recepisce la richiesta delle Regioni di prevedere, con riferimento alla mobilità internazionale, la rateizzazione in due anni del saldo relativo alle annualità pregresse 2013/2017;



- **Punto 3** la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa con l'impegno del Governo a:
 - ✓ ripartire le risorse pari a 40 mln di euro per le borse di studio e per i contratti annuali di specializzazione, sulla base della quota d'accesso, nella prima riunione utile della Conferenza Stato-Regioni;
 - ✓ autorizzare l'immediato utilizzo dei predetti fondi a partire dai corsi che inizieranno nell'anno 2018;
 - ✓ vincolare le suddette risorse per l'incremento dei contratti di specializzazione alle discipline per le quali vi è una carenza di professionisti, sulla base delle esigenze regionali;
 - ✓ risolvere la problematica della cronica carenza di personale medico nelle strutture del servizio sanitario regionale, che sta mettendo a rischio l'erogazione dei servizi, attraverso la definizione di un intervento normativo urgente;
 - ✓ con riferimento ai 32,5 mln di euro per finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa, pur non condividendo che i fondi degli obiettivi di Piano siano utilizzati per accantonamenti che non specificano le relative finalità, si chiede di concertare, entro l'anno, di intesa con le Regioni l'utilizzo di tali fondi. Qualora non vi sia tale intervento entro l'anno, le risorse dovranno riconfluire per quota d'accesso nel riparto delle Regioni.

- **Punto 12** la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'Intesa.

Roma, 1° agosto 2018





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF. IV DGPROGS

Proposta di deliberazione per il CIPE

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2018: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

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

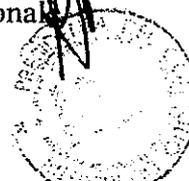
Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, della citata legge 662/96, la norma modificata prevede che all'atto dell'adozione della delibera di ripartizione da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE) delle somme spettanti alle regioni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

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2018, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporre sulla scorta delle linee guida da approvarsi con apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

L'erogazione delle somme da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto nella misura del 70 per cento di cui al presente riparto, è subordinata alla stipula del predetto Accordo Stato-Regioni, in applicazione dell'articolo 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112 convertito nella legge 6 agosto 2008 n.133. In sede di stipula dell'Accordo Stato-Regioni sulle predette linee guida si provvede a quantificare un'apposita quota dello stanziamento finalizzata all'applicazione della disposizione di cui all'articolo 22, comma 2, secondo periodo del decreto-legge 1° luglio 2009, n.78 convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n.102 in materia di programmi dedicati alle cure palliative.

Resta fermo che all'erogazione del restante 30 per cento si provvederà, nei confronti delle singole regioni, a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Salute, degli specifici progetti presentati dalle regioni medesime, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. La mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporterà, per la regione interessata, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

Sul FSN 2018 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.500,00 mln** di euro già nettizzati dell'importo di **2 milioni** di euro per il conseguimento delle finalità del Centro Nazionale Trapianti, ai sensi dell'articolo 8-bis del decreto-legge 135/09 convertito dalla legge 166/2009.



Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **1.102,584 mln** di euro, a valere sui complessivi 1.500,00 mln di euro, con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria subordinatamente alla conclusione dell'accordo sugli indirizzi progettuali per lo stesso anno parimenti da sottoporsi all'esame della Conferenza Stato-Regioni

Della residua somma di 397,416 mln di euro, sono destinati:

- **277,000 mln** di euro per il finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'art. 1, c. 400, della Legge n. 232/2016;
- **1,316 mln** di euro per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2016, somma determinata sulla base del dato relativo all'anno 2013.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di **119,100 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per la sperimentazione gestionale finalizzata alla ricerca, alla formazione, alla prevenzione e alla cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
- b) **€ 10 milioni** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità ai processi decisionali ed operativi delle regioni nel campo della salute umana; in relazione a tale attività è previsto il preventivo parere da parte della Conferenza Stato - Regioni, come dalla stessa richiesto in sede di intesa sulla proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015;
- c) **€ 6 milioni**, ai sensi dell'articolo 1, comma 406, della legge 205/2017, per la sperimentazione della remunerazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, per il triennio 2018-2020;
- d) **€ 5 milioni** da destinarsi all'Istituto superiore di sanità per l'attività di valutazione delle linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida, anche in relazione a quanto disposto dall'articolo 5 della legge 24/2017 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", previa presentazione di una relazione da sottoporre al preventivo parere della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute;
- e) **€ 4 milioni** destinati a sperimentazioni cliniche con l'impiego di medicinali per terapie avanzate a base di cellule staminali per la cura di malattie rare, ai sensi dell'art. 2 del decreto legge 25 marzo 2013, n. 24 convertito con modifiche con Legge 23 maggio 2013, n. 57, come successivamente modificato con l'art. 1, comma 409, Legge 208/2015;
- f) **€ 40 milioni** per finanziare l'intero triennio 2018-2021 di ulteriori 860 borse di studio annue per i medici di medicina generale per raggiungere il livello annuale delle 2.000 borse di studio oltre a 58 ulteriori contratti annuali di specializzazione per il quinquennio, da assegnare alle regioni con apposita proposta di riparto;
- g) **€ 1,500 milioni** in favore del Centro Nazionale Sangue, ai sensi dell'articolo 1, comma 439, della legge 205/2017;
- h) **€ 10 milioni** per il rafforzamento del sistema di sorveglianza e prevenzione dell'influenza aviaria, al fine di assicurare la realizzazione di interventi urgenti diretti a fronteggiare le emergenze nel settore avicolo, ai sensi dell'articolo 1, comma 508, della legge 205/2017;
- i) **€ 0,100 milioni** destinati alla regione Veneto per la prosecuzione dell'attività del Programma triennale 2015-2017 del Mattone Internazionale Salute (Progetto



ProMIS), in coerenza con quanto richiesto dalla Commissione Salute in data 23 luglio 2018. L'erogazione della citata somma avverrà, in analogia con quanto stabilito per le somme normalmente destinate al finanziamento di progetti regionali, nella misura del 70% a titolo di acconto. L'erogazione del restante 30% avverrà a seguito dell'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, della relazione sull'attività svolta, su proposta del Ministro della Salute. La descritta modalità di erogazione è determinata in coerenza con quanto già previsto nella proposta di riparto delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2015 in data 23 dicembre 2015.

- j) € **32,500 milioni** per finalizzazioni da definirsi a seguito di autorizzazione legislativa.

Si allega alla presente proposta l'unita tabella, nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **1.102,584 mln** di euro, evidenziando le quote rispettivamente pari al 70 e al 30 per cento da erogarsi in base a quanto sopra specificato.

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

Si allega la tabella di riparto.

Il Ministro della Salute



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2018

1.500.000.000 Importo iniziale

- 4.000.000 destinato a sperimentazioni cliniche (ex art. 2, del d.l. 25/03/2013, n. 24, convertito con mod. con L. 23/05/2013, n. 57, introdotto dall'art. 1, c. 409, L. 208/2015).
- 6.000.000 per la sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie (L. 205/2017, art. 1, c. 406)
- 1.500.000 in favore del Centro Nazionale Sangue (L. 205/2017, art. 1, c. 439)
- 10.000.000 finanziamento Fondo per l'emergenza aviaria (L. 205/2017, art. 1, c. 508)
- 10.000.000 malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (INMP)
- 5.000.000 progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida
- 1.316.000 borse di studio MMG e contratti di specializzazione
- 40.000.000 finanziamento prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP
- 277.000.000 fondo medicinali innovativi (art. 1, c. 400, L. 232/2016)
- 32.500.000 nuove disposizioni legislative
- 100.000 Procege progetto ProMIS

1.102.584.000 Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2017	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.392.526	4.392.526	85.675.583	-	4.133.497	89.809.080	62.866.356	26.942.724
VAL D'AOSTA	126.883	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.019.166	10.019.166	195.422.380	-	9.428.332	204.850.712	143.395.499	61.455.214
BOLZANO	524.256	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	538.604	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.907.529	4.907.529	95.720.642	-	4.613.130	100.338.772	70.237.140	30.101.631
FRIULI	1.217.872	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.565.307	1.565.307	30.531.086	-	1.473.000	32.004.086	22.402.860	9.601.226
EMILIA R.	4.448.841	4.448.841	86.773.999	-	4.186.491	90.960.490	63.672.343	27.288.147
TOSCANA	3.742.437	3.742.437	72.995.691	-	3.521.744	76.517.435	53.562.205	22.955.231
UMBRIA	888.908	888.908	17.338.022	-	836.489	18.174.510	12.722.157	5.452.353
MARCHE	1.538.055	1.538.055	29.999.540	-	1.447.355	31.446.895	22.012.827	9.434.069
LAZIO	5.898.124	5.898.124	115.042.053	-	5.551.309	120.592.363	84.414.654	36.177.709
ABRUZZO	1.322.247	1.322.247	25.790.236	-	1.244.274	27.034.510	18.924.157	8.110.353
MOLISE	310.449	310.449	6.055.263	-	292.142	6.347.404	4.443.183	1.904.221
CAMPANIA	5.839.084	5.839.084	113.890.487	-	5.494.751	119.385.238	83.569.666	35.815.571
PUGLIA	4.063.888	4.063.888	79.265.546	-	3.824.239	83.089.785	58.162.850	24.926.936
BASILICATA	570.365	570.365	11.124.887	-	536.730	11.661.617	8.163.132	3.498.485
CALABRIA	1.965.128	1.965.128	38.329.537	-	1.849.244	40.178.780	28.125.146	12.053.634
SICILIA (*)	5.056.641	5.056.641	98.629.050	48.436.726	-	50.192.323	35.134.626	15.057.697
SARDEGNA	1.653.135	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.589.445	56.528.695	1.102.584.000		48.436.726	1.102.584.000	771.808.800	330.775.200

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile.

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2017

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 2017 attraverso le seguenti azioni:

- Aggiornamento de monitoraggio sulla riarticolazione degli ambiti e dell'organizzazione dei distretti sanitari, in attuazione della D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015 in materia di riordina della rete territoriale, finalizzata a potenziarne il ruolo di "regia" operativa dell'ASL per il governo della rete dei servizi territoriali in continuità ed integrazione con quelli ospedalieri, a fronte del fabbisogno rilevato sul territorio.

- Promozione, indirizzo e monitoraggio del processo di riorganizzazione delle Cure Primarie, attraverso la sperimentazione del modello sulle Case della Salute, in attuazione della D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016.

Descrizione delle azioni

Rilancio del ruolo dei Distretti sanitari

In attuazione della D.G.R. n. 26-1653/2015 sono proseguite, nel corso del 2017, le azioni preordinate alle riarticolazione e riorganizzazione del nuovo assetto dei distretti sanitari, con l'espletamento delle procedure aziendali per la nomina dei rispettivi direttori destinati ad esercitare il nuovo ruolo di "manager" del territorio, come disciplinato dalla suddetta deliberazione.

Alla data del 31.12.2017 i distretti delle ASL del Piemonte sono 33, a ciascuno dei quali fa capo un direttore di distretto, il quale a sua volta si coordina con gli altri direttori nell'ambito del tavolo di coordinamento distrettuale, operante a livello di ASL e facente capo alla direzione aziendale.

A livello centrale è stato istituito con D.D. n. 655 del 23.10.2017 il Tavolo Regionale di Coordinamento tecnico dei Distretti (CTD), composto da tutti i direttori dei distretti del Piemonte ed articolato in sei Gruppi di lavoro permanenti (GLP) operanti specificamente sulla pluralità di aree tematiche afferenti alla competenza del distretto, secondo lo schema di cui alla Tabella 1 allegata alla presente relazione.

Cure Primarie

- Nel corso del 2017 la sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria, quali forme organizzative complesse dell'assistenza primaria, operanti a livello multifunzionale e multiprofessionale nell'ambito di strutture aziendali ex Pronto Soccorso o Punti di Primo intervento (P.P.I.), è confluita nel modello sperimentale sulle Case della Salute (CS), avviato in attuazione della suddetta deliberazione regionale, nelle more della realizzazione, a regime, del modello organizzativo fondato sulla rete UCCP-AFT, a seguito dell'emanazione del nuovo ACN così come previsto dalla L. n. 189/2011 E S.M.I. e dal Patto per la Salute 2014-2016.

Nel medesimo modello, finalizzato ad uniformare sul territorio le modalità organizzative per l'integrazione dell'assistenza primaria con quella specialistica/diagnostica e socio-sanitaria, sono confluite le altre esperienze già avviate sul territorio nelle svariate tipologie, quali ad es. ex Gruppi di Cure Primarie, presidi ambulatoriali polifunzionali, ospedali di comunità ecc., così come elencati nella Tabella 1 allegato alla D.G.R. n. 3-4287/2016;

- In conseguenza di quanto indicato al punto 1 e secondo le linee guida e lo schema-tipo di cui alla suddetta deliberazione, le ASL del Piemonte, tramite i propri Distretti, hanno provveduto ad elaborare i progetti per la realizzazione delle Case della Salute e/o per la riorganizzazione, riconversione e/o sviluppo delle esperienze organizzative già in essere sui rispettivi territori. Tale progettazione aziendale ha prodotto complessivamente 66 progetti riferiti ad una rete di 66 Case della Salute, articolate sul territorio nelle tre tipologie previste dalla D.G.R. n. 3-4287/2016 ovvero: strutturali, funzionali, miste (strutturali con reti funzionali collegate);

- Gli aspetti comuni ai suddetti progetti CS, come riepilogati nell'Allegato A alla presente relazione, si possono così riassumere:
 1. forme organizzative multifunzionali e multiprofessionali, fondate sull'integrazione fra medicina generale, area infermieristica, diagnostica/specialistica e area socio-sanitaria, anche mediante la previsione di reti informatizzate per garantire interoperabilità, presa in carico e garanzia continuativa dei percorsi di cura;
 2. prevalente finalizzazione alla medicina di iniziativa per la presa in carico ed erogazione dei percorsi assistenziali (PDTA) a favore delle patologie croniche a maggior impatto sociale;
 3. continuità dell'assistenza nell'arco delle 12 ore (circa due terzi dei progetti) o delle 24 ore (circa un terzo);
 4. raccordo funzionale del operativo delle CS con la continuità assistenziale (ex G.M.), con i presidi ospedalieri del territorio e con l'area dell'emergenza-urgenza per la gestione coordinata degli interventi di rispettiva competenza.
- A seguito dell'analisi dei progetti e del confronto le ASL proponenti sperimentazione, con D.D. n. 438 del 30.6.2017 si è proceduto alla validazione regionale dei progetti CS ed all'assegnazione a ciascuna ASL delle risorse attribuite dalla D.G.R. n. 3-4287/2016 a titolo di contributo annuo per la sperimentazione: in totale 8 milioni di euro, erogati in due tranches rispettivamente pari al 50% del contributo.

Con il medesimo provvedimento sono stati altresì individuati gli indicatori di processo e di esito per monitorare l'attività delle CS ed i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi, nonché gli schemi-tipo regionali per:

- il regolamento organizzativo e di funzionamento delle CS, da adottarsi entro l'anno 2017 con successivi aggiornamenti annui qualora necessari;
- lo schema di rendiconto annuale delle attività svolte e delle risorse impegnate, da adottarsi entro il mese di marzo dell'anno successivo.

Il monitoraggio dei Regolamenti di organizzazione e funzionamento delle CS elaborati dalle ASL/Distretti entro il 2017 ha evidenziato la situazione descritta nel documento illustrativo di cui all'Allegato B alla presente relazione; mentre il monitoraggio del rendiconto delle attività svolte dalle CS attivate entro l'anno 2018 è sintetizzato, a livello regionale, nel documento di cui all'Allegato C alla presente relazione.

Considerato che l'avvio della sperimentazione CS è avvenuto a partire dagli ultimi mesi del 2017, il monitoraggio degli indicatori di valutazione di impatto e di esito, come previsti dall'Allegato C alla D.D. n. 438/2017, è stato rinviato alla relazione di attività che verrà presentata entro il mese di marzo 2019.

- Sul versante delle forme associative monoprofessionali di tipo funzionale, le equipe territoriali hanno coinvolto, anche nel 2017, la totalità dei MMG/PDLS operanti sul territorio regionale, per un totale annuo di 223 equipe territoriali MMG, (n.3.040 medici) e di 39 equipe pediatriche/AFT (n. 405 pediatri).

Come previsto dai Programmi Operativi regionali di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 14, Azione 14.3.1, il ruolo e la connotazione delle equipe territoriali devono essere riconsiderati e riorientati 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, hanno coinvolto a livello regionale circa il 79% dei MMG, ai quali corrispondeva l'83% del totale degli assistiti.

Sul versante della pediatria di territorio, le forme associative coinvolgevano il 55% dei PDLS a copertura del 60% degli assistiti.

6) La spesa complessiva sostenuta nel 2017 dalle ASL piemontesi per l'avvio del nuovo modello di riorganizzazione delle Cure primarie, attraverso la sperimentazione della rete delle Case della Salute, è la seguente:

Spesa per sperimentazione Case della Salute: € 13.961.219 dei quali € 8.000.000,00 a titolo di contributo regionale ripartito alle ASL;

Spesa per forme organizzative funzionali equipe territoriali MMG/PDLS: € 23.052.437

Spesa per forme associative MMG/PDLS (associazioni, gruppi e reti): € 17.824.535

Totale regionale: € 54.838.191

LINEA PROGETTUALE 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE

Denominazione progetto: Applicazione di un PDTA per i pazienti affetti da cistite interstiziali e della Bladder pain syndrome

L'adozione delle Raccomandazioni regionali in materia di cistite interstiziale avvenuta in data 14 febbraio 2017, ha permesso di identificare, alla luce dell'evoluzione della rete interregionale delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta e dell'analisi dei dati presenti nel Registro delle malattie rare del Piemonte e della Valle d'Aosta (rif. nota prot. 4157/A1410A del 14/02/2017), gli elementi fondamentali da tenere presenti nella presa in carico di questa patologia. Essendo le conoscenze sulla patologia in rapida evoluzione, le strategie descritte nel documento sono soggette ad eventuali aggiornamenti per garantire ai pazienti i più aggiornati standard gestionali di pari passo con la ricerca. Le strategie e l'approccio raccomandati sono derivati dalle evidenze scientifiche, dalle opinioni degli esperti e dai principi clinici di base presenti nelle Linee Guida delle più autorevoli Società Scientifiche Internazionali e da un processo di consenso condiviso tra esperti regionali del Piemonte e Valle d'Aosta e l'Associazione Italiana Cistite Interstiziale (AICI) in rappresentanza dei pazienti. Il Gruppo Tecnico per la BPS/IC del Piemonte e della Valle d'Aosta si è costituito nel 2012, sulla base della individuazione dei Presidi Ospedalieri che nel corso degli ultimi anni avevano seguito ed inserito casi di BPS/IC all'interno del Registro delle malattie Rare. L'obiettivo principale del gruppo Tecnico, in accordo con il Centro Regionale di Coordinamento per le Malattie Rare, è stato quello di definire idonei criteri diagnostici, clinici e strumentali, e percorsi terapeutico - assistenziali appropriati, sulla base della letteratura scientifica, delle Linee Guida Nazionali ed Internazionali e della buona pratica clinica. Le Strutture Sanitarie coinvolte hanno anche identificato, di fatto, una "rete", con lo scopo di fornire una presa in carico adeguata ai diversi livelli di complessità. Il lavoro prodotto dal Gruppo Tecnico ha come finalità non solo la corretta gestione di tali pazienti ma anche il censimento di nuovi e vecchi casi, la diffusione delle raccomandazioni contenute ai Medici di Medicina Generale e agli altri Specialisti coinvolti.

Il documento approfondisce lo studio delle comorbidità (LES (Lupus Eritematoso Sistemico) Sindrome di Sjogren Fibromialgia Morbo di Chron Sindrome dell'intestino irritabile Sindrome della Stanchezza Cronica Tiroidite Vulvodinia Emicrania Artrite Reumatoide Endometriosi (30%) Prostatiti Croniche Disfunzioni del Pavimento Pelvico). Alcune di queste associazioni suggeriscono un possibile ruolo comune del sistema immunitario nella patogenesi (alterata regolazione sistemica del sistema immunitario). In molti casi l'elemento fisiopatologico comune è rappresentato dal mastocita iperattivo. Infiltrazioni tessutali di mastociti iperattivi sono state evidenziate nella CI, nell'endometriosi, nella vestibolite, nella parete del colon nella sindrome dell'intestino irritabile e nella fibromialgia.

Infine i pazienti con BPS/IC sviluppano più frequentemente disturbi psichici come depressione, ansia e attacchi di panico.

Proprio alla luce di queste comorbidità gli operatori che possono essere coinvolti nella gestione della BPS/IC sono: Urologo (specialista di elezione), Ginecologo (gestione di endometriosi, vestibolite, vulvodinia), Medico esperto in terapia del dolore (gestione specialistica del sintomo dolore), Gastroenterologo (gestione patologie correlate come la Sindrome dell'intestino irritabile), Chirurgo esperto in disfunzioni ano-rettali (gestione anche di patologie correlate come il Morbo di Chron), Reumatologo (gestione patologie correlate quali il Lupus Eritematoso Sistemico, Sindrome di Sjogren, Fibromialgia, Artrite Reumatoide), Endocrinologo (gestione patologie correlate quali la Tiroidite), Neurologo (gestione patologie correlate come l'Emicrania, Neuropatie) Fisiatra esperto in disfunzioni del pavimento pelvico ed in uroriabilitazione (gestione delle disfunzioni correlate a carico del pavimento pelvico), Psichiatra (gestione patologie correlate, depressione, ansia, attacchi di panico, disfunzioni sessuali), Nutrizionista e/o naturopata (per indicazioni dietetiche), Anatomopatologo con esperienza maturata sulla BPS-IC, Chirurgo Urologia Generale, per le eventuali procedure di chirurgia maggiore, Altri specialisti medici e professionisti sanitari (es. infermieri, fisioterapisti, etc.)

I criteri di accesso sono stati definiti e riguardano pazienti, prevalentemente di sesso femminile con età compresa tra 30-40 anni, che presentano, da almeno 6 mesi, un dolore pelvico percepito come riferibile alla vescica che si accompagna ad almeno un sintomo minzionale, quali il persistente forte stimolo a mingere e la pollachiuria.

L'approccio terapeutico consiste in trattamenti conservativi/ farmacologici/ altro.



In accordo con quanto previsto dalla normativa sulle malattie rare, posto il sospetto clinico della patologia, viene rilasciata l'esenzione temporanea per tutti gli accertamenti finalizzati all'inquadramento diagnostico. L'esenzione decade se gli esiti non sono correlati con la patologia in esame.

Un qualsiasi trattamento in medicina per poter essere quanto più efficace possibile deve poter agire su elementi certi, rappresentati dalle cause di un evento patologico o dal meccanismo fisiopatologico attraverso il quale l'evento patologico si realizza. Il trattamento migliore è ovviamente quello che agisce sulle cause in quanto è potenzialmente in grado di agire sugli elementi scatenanti l'evento patologico. Nella BPS-IC, pur riconoscendo una eziologia multifattoriale, non esistono delle certezze assolute sulle cause alla base della patologia, quindi, di fatto, non possiamo disporre di trattamenti causali certi. L'altro elemento su cui dovrebbe basarsi l'efficacia di un trattamento è la conoscenza della patogenesi e del meccanismo fisiopatologico, ossia quella catena di eventi responsabili del danno (inteso come "menomazione" organica o funzionale). Anche in questo caso per la BPS-IC non esistono certezze assolute piuttosto delle teorie e delle ipotesi.

LINEA PROGETTUALE 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE

Denominazione progetto: Implementazione della rete di servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer ed 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 35-5287 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 di Cure domiciliari sanitarie.

Il progetto, "assumendo come indicatore base della diffusione della patologia del Morbo di Alzheimer [il] 6%" della popolazione anziana (di età maggiore o uguale a 65 anni), determinava quale obiettivo quantitativo il "tasso di copertura [dell]1,5% in carico complessivamente nei servizi di NAT, Centri Diurni [Alzheimer] e servizi di Cure domiciliari sanitarie.

La popolazione anziana del Piemonte per l'anno 2017 è pari a 1.100.069 persone.

Stima popolazione con Morbo di Alzheimer => $1.100.069 * 0,06 = 66.004$ anziani

Obiettivo di copertura (2%) => $66.004 * 0,02 = 1.320$ persone in carico ai NAT, ai Centri Diurni e presso i servizi di Cure Domiciliari Sanitarie.

Nello specifico, al termine del 2017 sono conseguiti i seguenti risultati:

- a) giornate di ricovero nei NAT regionali = in 83670 (per circa 438 persone ricoverate);
- b) giornate di assistenza nei Centri Diurni Alzheimer = 72157 (per circa 311 persone assistite);
- c) prese in carico in Cure Domiciliari Sanitarie = 2428 (per circa 1849 persone assistite).

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.

Nell'anno 2017 la rete dell'offerta di servizi si è ampliata attraverso l'apertura di 2 nuovi NAT. Complessivamente al 31/12/2017 risultano autorizzati e accreditati 24 NAT per un totale di 409 posti letto.

LINEA PROGETTUALE 2: SVILUPPO DEI PROCESSI DI UMANIZZAZIONE

Denominazione progetto: PDTA in reumatologia: sviluppo della rete reumatologica piemontese

RISULTATI RAGGIUNTI NELL'ANNO 2017

L'artrite reumatoide ha un decorso clinico altalenante, con fasi di riacutizzazione e remissione, che hanno un forte impatto sulla vita della persona e dei suoi familiari, influenzando la sfera psico-emotiva e socio-lavorativa.



dell'individuo, compromettendone la qualità della vita. Risulta inoltre molto difficile un'adesione costante alla terapia a lungo termine, che sembra raggiungere il 50%.

La cronicità del dolore inoltre ha un forte impatto sull'ambito lavorativo, per cui la persona affetta da artrite reumatoide tende a fare ripetute assenze e in molti casi è costretto ad abbandonare la professione con un conseguente disagio emotivo imponente.

Nel 2017 è proseguita la collaborazione con i Medici di medicina Generale (MMG) al fine della diagnosi delle artriti in fase precoce, attraverso il riconoscimento dei sintomi precoci di artrite al fine di individuare i casi in cui indirizzare il paziente alla consulenza reumatologica. Questo percorso, che concretizza il "PDTA "Early Arthritis" predisposto nel già corso del 2013, 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. Presupposti a questo sono da un lato la conoscenza dei sintomi di sospetto di una artrite in fase precoce da parte del MMG e dall'altro la capacità della SC Reumatologia dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino attraverso un percorso clinico-organizzativo (Early Arthritis Clinic) di accogliere questi pazienti nei tempi adeguati in base alle evidenze scientifiche e nel rispetto delle normative in tema di tempi di attesa.

Questi pazienti oltre che avere un adeguato accesso alla prestazione specialistica in tempi brevi e al trattamento, sono presi in carico e 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.

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

Gli interventi hanno inoltre mirato non soltanto alla sfera clinico-sanitaria, ma a coinvolgere anche quella psicologica, affettiva e la rete sociale dell'utente. L'obiettivo sfidante è stato di promuovere e sviluppare nell'assistito capacità, abilità e competenze di self-care per incrementarne la sua qualità di vita.

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

Denominazione Progetto: Programma regionale cure palliative

Il progetto ha previsto quanto segue:

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

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

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

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

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

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



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

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 tutte le Asl regionali, intendendo la Rete stessa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale, che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti:

1. Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete locale di Cure Palliative

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

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

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

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". Per quanto riguarda la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, è stata data attuazione a quanto disposto con D.G.R. n. 11-7041 del 27.01.2014 do formalizzazione della rete Pediatrica di cui sopra, 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".

Infine, con D.G.R. n. 14-2811 del 18.01.2016, è stato recepito l'Accordo del 10.07.2014 di "Individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, [...]". Attuazione del Decreto del Ministro della Salute del 04.06.2015, di "Individuazione dei criteri per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative [...]

Sono state completate, nel corso dell'anno, tutte le attività istruttorie ed amministrative per il riconoscimento dell'esperienza professionale, per i medici che avessero presentato domanda e ne avessero i requisiti, di cui all'Accordo sopra citato.

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

Denominazione progetto: Programma regionale di terapia del dolore

Il progetto ha previsto quanto segue:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare, infatti, la suddetta L. 38/2012 dispone all'articolo 8 che "[...] sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e



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

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

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

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

E' stata data attuazione alla Rete di Terapia del dolore, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita 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.

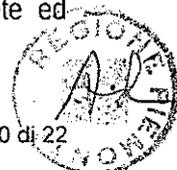
La distribuzione sul territorio regionale degli Hub/ Centro Ospedaliero di terapia del dolore e Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree territoriali disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un Hub/ Centro Ospedaliero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

Per quanto riguarda la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, è stata data attuazione a quanto disposto con D.G.R. n. 11-7041 del 27.01.2014 do formalizzazione della rete Pediatrica di cui sopra, 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".



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

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

Denominazione Progetto: Piano regionale di prevenzione

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

RISULTATI RAGGIUNTI 2017

Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili: Guadagnare Salute Piemonte

Per quanto riguarda il *setting* "scuola", l'alleanza scuola/sanità prosegue nell'ambito del rinnovato Protocollo d'Intesa 2017-2020, adottato con DGR 73-6265 del 22/12/2017. Il gruppo tecnico regionale ha rivisto e rinnovato fino al 2020 le Linee Guida "Scuole che promuovono salute", che rappresentano un orientamento per la redazione di Piani di lavoro, dei Piani dell'Offerta formativa delle Scuole e della Programmazione locale per i referenti ASL, ha inoltre elaborato un format per la presentazione delle linee guida e partire dal quale sono stati organizzati seminari di approfondimento a cura degli Uffici scolastici territoriali e dei referenti per la promozione della salute di ogni ASL. Sono stati realizzati complessivamente 4 incontri, uno per ogni quadrante, tra maggio e giugno 2018. Entro l'inizio di settembre tutte le ASL hanno predisposto e trasmesso alle scuole del proprio territorio il catalogo dell'offerta formativa 2018-2019 in coerenza con le indicazioni del Piano regionale della prevenzione. Nel 2017 si è registrata una buona diffusione dell'adozione di progetti di "buona pratica" da parte delle scuole: delle 875 scuole che hanno ricevuto il catalogo, 522 hanno adottato progetti di buona pratica (59,7%)

Nell'ambito del *setting* "comunità e ambienti di vita", sono state redatte le Linee guida "Quando i Comuni promuovono l'attività fisica", uno strumento agile che presenta ai Comuni le strategie per aderire alla Carta di Toronto e ai successivi documenti d'indirizzo per la promozione dell'attività fisica. È proseguita in tutte le ASL l'attività dei gruppi di cammino, con mantenimento dei gruppi attivi e implementazione di nuovi gruppi. È proseguito il caricamento nella banca dati regionale delle informazioni nutrizionali relative agli snack più consumati dai bambini. Il gruppo di lavoro coordinato dall'ASL TO3 ha avviato la revisione delle due guide per la lettura ragionata dell'etichetta nutrizionale già sperimentate nel territorio dell'ASL, rivolte a genitori/nonni/insegnanti rispettivamente della scuola primaria e dell'infanzia. Nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra la Regione Piemonte e l'Associazione Regionale Panificatori, per la riduzione di sale nel pane, tutte le ASL hanno condotto iniziative di implementazione e monitoraggio del progetto: organizzazione di incontri informativi/formativi rivolti ai panificatori e/o alla popolazione generale, azioni di sensibilizzazione indirizzate a medici di medicina generale, monitoraggio del contenuto di sale in campioni di pane prodotto dai panificatori aderenti. Nell'ambito della prevenzione del consumo rischioso di alcol, 5 ASL hanno attivato progetti multicomponente (rete Rete Safe Night), che prevedono la formazione-sensibilizzazione dei gestori del divertimento giovanile notturno e il counseling individuale svolto da parte degli operatori delle postazioni

mobili con l'ausilio di etilometri, simulatori di guida, occhiali alcolemici, materiali informativi ecc. Altre tre ASL hanno avviato azioni specifiche o collaborazioni con i progetti attivi negli altri territori.

Per quanto riguarda la promozione della salute nel setting "ambienti di lavoro", sono stati pubblicati sul sito Dors due documenti utili allo sviluppo e progettazione di interventi specifici di *work health promotion* (WHP). È stato messo a punto il corso FAD WHP per gli operatori. In tutte le ASL sono stati avviati progetti multicomponente e multifattoriali e/o interventi rivolti sia ai dipendenti ASL sia all'esterno.

Nell'ambito del setting "servizi sanitari", il gruppo regionale "fumo" ha lavorato alla rilevazione delle attività dei Centri di disassuefazione piemontesi, all'aggiornamento delle linee guida regionali e alla progettazione della relativa formazione. In tutte le ASL sono costituiti e formalizzati i gruppi fumo e sono stati attivati almeno 2 interventi utilizzando la metodologia del counseling. Sono stati attuati progetti di counselling sugli stili di vita dei malati e delle loro famiglie, è stato sviluppato il tema dell'esercizio fisico nel trattamento preventivo-terapeutico delle patologie esercizio-sensibili; è proseguito il lavoro di supporto ai neo genitori, per la promozione del benessere mentale e fisico (compresi promozione e sostegno dell'allattamento al seno); si è concluso il progetto CCM volto a sperimentare, nell'ospedale di Biella, percorsi di reclutamento, somministrazione di counselling motivazionale ed avvio di percorsi di modificazione degli stili di vita in pazienti ricoverati.

Screening di popolazione

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

- l'assicurazione di qualità nell'intero processo attraverso l'attività dei Centri regionali di riferimento, i workshop regionali per l'approfondimento dei dati, il monitoraggio, con la restituzione dei risultati e la definizione delle azioni correttive da intraprendere;
- l'attuazione della riconversione attraverso la copertura della popolazione bersaglio tramite il solo binario dello screening Prevenzione Serena; sono state raggiunte le coperture da inviti e da esami previste dal PNP; sono stati effettuati interventi per il rafforzamento dell'adesione da parte delle donne straniere;
- l'introduzione del test di screening HPV-DNA per il cancro della cervice uterina;
- la riorganizzazione del programma, avviata nel 2016.

La programmazione, la rendicontazione e il monitoraggio degli obiettivi vengono predisposti dal responsabile di ciascuna area territoriale e inseriti nei piani locali di prevenzione di ciascuna azienda. Un elemento di novità è la disponibilità, dai 2017, di un fondo finalizzato all'attività di screening e la conseguente definizione di un budget vincolato sulla base del piano di attività di ciascun programma.

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

Prevenzione infortuni e malattie professionali

Sono stati predisposti dalle ASL i report descrittivi di rischi e danni e i report riguardanti le comunicazioni inviate dai Medici Competenti ex art. 40 DLgs 81/08. È proseguita l'integrazione dei sistemi informativi per il miglioramento della programmazione delle attività; si è consolidato, da parte di tutti i Servizi, l'utilizzo del sistema SPreSALWeb. Sono state realizzate iniziative formative rivolte agli operatori SPreSAL sui tumori professionali, in particolare i tumori naso-sinusali e i mesoteliomi. È proseguito l'aggiornamento degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, attraverso il lavoro della Commissione regionale per la verifica dei requisiti dei soggetti formatori; è stato inoltre approvato con DD 9/03/2017 n. 159 il documento "Procedure per l'accertamento degli adempimenti relativi alla formazione". Nell'ambito del coordinamento delle attività di vigilanza, sono proseguite in tutte le province le attività degli Organismi provinciali di vigilanza (OPV); in particolare, nel settore edile i cantieri ispezionati congiuntamente ad altri enti sono stati 242 (10% dei cantieri da controllare), mentre le aziende agricole controllate sono 50 (8,8% del totale da controllare). Sono state controllate inoltre 109 aziende di altri comparti. Tutte le ASL hanno programmato l'attività di vigilanza sulla base delle specificità territoriali e svolto attività mirate nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura, secondo gli specifici piani regionali, ispezionando complessivamente sul territorio regionale 2.220 cantieri e 749 aziende agricole. È proseguito anche il progetto mirato a sviluppare la cultura della sicurezza nelle scuole, in collaborazione con i servizi SPreSAL delle ASL e

l'INAIL. Sono stati realizzati tre corsi di aggiornamento rivolti a insegnanti (scuola primaria, secondaria di primo e secondo grado) con un ruolo nei servizi di prevenzione e protezione.

Ambiente e salute

Sono proseguiti i lavori della rete regionale Ambiente-Salute riattivata nel 2016. È stata approvata la riedizione del progetto Ambiente e Salute a cura dell'ASL NO al fine di supportare le azioni PRP/PLP. Sono state avviate le attività del gruppo di lavoro regionale sul biomonitoraggio che dovrà predisporre, entro il 2019, un "Protocollo regionale per la disciplina delle attività di biomonitoraggio in campo umano ed animale". Sono stati inoltre condotti approfondimenti epidemiologici in alcune specifiche aree piemontesi (aree adiacenti al Termovalorizzatore di Torino, area di Carisio e dei comuni circostanti). Da parte di ARPA è stata condotta un'analisi dell'impatto sanitario degli effetti a lungo termine dell'inquinamento atmosferico sull'intero territorio regionale, mirato ad assistere il Piano Regionale della Qualità dell'Aria (PRQA). Tale valutazione di ricaduta sanitaria del PRQA è stata pubblicata sul sito web della Regione Piemonte. È stata pubblicata la seconda parte dell'*Atlante Regionale Ambiente e Salute 1980-2013*. Sono state esaminate alcune linee guida nazionali relative alla Valutazione di Impatto Sanitario (VIS) per una possibile applicazione in Piemonte.

Il modello organizzativo minimo per la gestione locale delle istanze provenienti dalla popolazione, elaborato in bozza nel 2016, è stato sperimentato in tre ASL sede del progetto Ambiente e Salute.

Si è tenuto a novembre 2017 a Torino il corso di formazione nazionale di *aggiornamento nell'ambito del Progetto CCM EpiAmbNet* con l'obiettivo di soddisfare i bisogni di conoscenza degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale e dell'ambiente.

Il tavolo di lavoro multiprofessionale costituito presso la Regione ha lavorato alla redazione di indirizzi per la costruzione degli edifici in chiave eco-compatibile utilizzando il modello *PROTOCOLLO ITACA* con particolare riferimento allo sviluppo dell'area di valutazione *Qualità Ambientale indoor* e *Qualità del sito*. È stata aggiornata, a cura di ARPA, la mappatura esistente del rischio radon nel territorio della regione Piemonte e sono state predisposte le tabelle relative alle concentrazioni medie di ciascun comune della regione.

I SISP delle ASL hanno proseguito le attività di vigilanza su apparecchiature generanti radiazioni UV e sulle loro modalità di gestione congiuntamente con ARPA.

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.

Nel 2017 sono intervenuti due grandi cambiamenti nella legislatura e nell'indicazioni delle priorità su vaccinazioni e antibioticoresistenze: è stata emanata la Legge n. 119/2017 in materia di prevenzione vaccinale ed è intervenuta l'Intesa Stato-Regioni del 2/11/2017 per la realizzazione di un Piano di contrasto dell'antibioticoresistenza (PNCAR 2017-2020).

Le attività di sviluppo e manutenzione dei sistemi informativi dedicati permettono l'integrazione dei dati regionali provenienti dal sistema di notifica obbligatoria e da altri numerosi sistemi di sorveglianza con quelli provenienti da altre banche dati sanitarie, rendendo possibili analisi finalizzate alla programmazione degli interventi sanitari. La nuova piattaforma informatizzata di sorveglianza delle malattie infettive è stata completata e adottata da tutte le ASL nel 2017.

È stato completato il collegamento di tutte le anagrafi vaccinali aziendali al connettore regionale; nel 2019 sarà disponibile l'anagrafe vaccinale regionale completa.

Il sistema di sorveglianza di contatti TB è adottato da tutte le ASL e proseguirà anche nei prossimi anni.

È attivo dal 2017 il sistema di sorveglianza sull'uso di antibiotici. È stato prodotto il primo report sull'utilizzo di antibiotici in Piemonte nel periodo 2013-2016, disponibile al link: www.seremi.it/sites/default/files/Report%20Consumo%20Antibiotici%20territorio%202013-2016%20ed%202017.pdf

Sono proseguite nel 2017 le azioni per integrare le attività esistenti e attivare gli strumenti organizzativi e le prime aree di intervento su cui agire per la programmazione integrata tra le azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni comunitarie, quelle correlate all'assistenza e antibioticoresistenze.

In vista del nuovo Piano regionale emergenze, nel 2017 si è proceduto alla ricognizione dei sistemi e strutture nazionali e regionali dedicati alle emergenze e integrazioni operative; è stato sviluppato un prototipo di documento operativo guida per la rapida pianificazione e organizzazione basato sulla modalità di trasmissione aerea.



È stato pubblicato a cura del Seremi il report 2017 sulle malattie trasmesse da vettori "Arbovirosi in Piemonte". [www.seremi.it/sites/default/files/Report_Malattie_emergenti_trasmesse_da_vettori - Dengue%2C Chikungunya %2C Zika%2C West Nile - 2017_0.pdf](http://www.seremi.it/sites/default/files/Report_Malattie_emergenti_trasmesse_da_vettori_-_Dengue%2C_Chikungunya_%2C_Zika%2C_West_Nile_-_2017_0.pdf)

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 2017 attraverso il Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (DD n. 264 del 13/04/2017), con la definizione del Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (PRISA) e dei Piani locali (PAISA).

È stato ulteriormente rafforzato nel 2017 il processo di integrazione delle attività di sicurezza alimentare fra i servizi veterinari e medici dei Dipartimenti di Prevenzione. È stata attuata una parziale revisione del Protocollo tecnico per l'effettuazione dei controlli microbiologici sugli alimenti.

Nell'ambito della sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti è stato portato a termine lo studio di fattibilità per l'aggiornamento delle linee guida regionali per la gestione delle MTA e più in generale la ridefinizione di ruoli e funzioni nell'ambito del Centro di riferimento regionale MTA.

È stato organizzato un evento esercitativo regionale per la gestione delle emergenze, con la collaborazione dei Presidi Multizonali, sulla gestione di un focolaio di influenza aviaria ad alta patogenicità. L'ASL AT ha dovuto fronteggiare un focolaio di Influenza Aviaria H5N8 HPAI presso un allevamento di galline ovaiole, insorto in data a ottobre 2017. Sono stati applicati i protocolli previsti dal manuale di emergenza per l'I.A. e, dopo l'isolamento del virus, in 5 giorni è stato depopolato il sito.

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

È stato attuato il programma di formazione regionale degli operatori, che prevedeva 13 eventi formativi coordinati a livello regionale sui diversi aspetti del controllo ufficiale degli alimenti. Inoltre 11 ASL su 12 hanno realizzato eventi formativi con il coinvolgimento delle altre figure che a vario titolo entrano nella filiera dei controlli ufficiali in sicurezza alimentare. Sono stati realizzati 10 eventi formativi finalizzati alla sensibilizzazione/informazione sulla corretta gestione del farmaco veterinario, la riduzione dell'antibiotico-resistenza e l'utilizzo della ricerca elettronica veterinaria.

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

L'Autorità competente regionale è stata sottoposta complessivamente a tre audit, due da parte del Ministero della Salute e uno da parte di FVO. Sono stati inoltre realizzati 6 audit di sistema e di settore sulle ACL, che hanno coinvolto 3 settori di controllo e 6 ACL.

Organizzazione e governance del Piano regionale di prevenzione

Il gruppo governance ha coordinato e fornito supporto ai gruppi di coordinamento dei programmi PRP nella fase di avvio della rimodulazione e proroga del Piano, prevista da Intesa Stato-Regioni. Sono state avviate le attività necessarie per portare a regime la banca dati ProSa e condotti interventi formativi e di help desk per le ASL.

Sono state attuate le sorveglianze di popolazione, in particolare:

- raccolta dati PASSI: Tutte le ASL hanno garantito l'effettuazione delle interviste per la sorveglianza (87,7% dell'atteso) e hanno utilizzato i dati PASSI per la comunicazione dei risultati aggiornati di argomenti specifici;
- OKkio alla Salute: redatti i report regionale e aziendali della raccolta effettuata nel 2016;
- la sorveglianza Passi d'Argento è stata avviata in modo continuativo alla fine del 2016 e, malgrado il ritardo nell'avvio della procedura esternalizzata, sono state effettuate le 800 interviste utili al campione biennale 2016/2017.



- A giugno 2017 è stato pubblicato, a cura del SEPI dell'ASL NO, il documento contenente l'aggiornamento al 2015 degli indicatori centrali provenienti dalla sorveglianza PASSI.

In tema di monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze, sono stati condotti nel 2017 due *health equity audit* (HEA) nel setting scuola e nel setting "comunità" nella Città di Torino.

Il Laboratorio della prevenzione ha attivato un gruppo di lavoro interregionale per realizzare uno strumento che permetta di valutare il rapporto di costo-opportunità e il ROI (*Return of Investment*) degli interventi di prevenzione.

È stata riproposta la bozza di Deliberazione per la revisione e l'adeguamento della composizione e dei compiti del CORP, già presentata nel 2016, che non ha però terminato il previsto iter di approvazione. A livello locale è costante il rinnovamento nell'organizzazione dei gruppi di progetto PLP.

È stato realizzato l'audit del Piano di prevenzione, che ha coinvolto tutte le ASL in un processo di "autovalutazione" del sistema prevenzione della Regione Piemonte, focalizzato in particolare sulla governance dei PLP, sulla base di criteri condivisi; gli auditor individuati dalle ASL hanno partecipato alla formazione specifica e seguito tutte le fasi del programma di audit: la definizione della griglia di valutazione, avviata già nel 2016, le visite di audit svoltesi fra maggio e giugno 2017, la compilazione della reportistica, la stesura del report finale complessivo, diffuso a tutte le ASL.

La formazione regionale prevista per i componenti CORP si è svolta nell'ambito specifico dell'audit sulla governance con il corso del 15 marzo che ha coinvolto tutte le ASL; inoltre le riunioni rivolte ai gruppi di coordinamento regionali dei programmi hanno previsto approfondimenti metodologici sul monitoraggio e la valutazione del Piano. Sono stati organizzati diversi corsi sulla banca dati ProSa. Tutti i programmi PRP hanno previsto corsi relativi ad azioni o ambiti specifici. A livello locale, si va consolidando la scelta di organizzare annualmente un corso accreditato rivolto agli operatori impegnati nel PLP relativo a tematiche trasversali di governance, monitoraggio, valutazione, utilizzato anche come momento di elaborazione dei documenti programmatori e/o di rendicontazione.

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

Denominazione Progetto: Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano Prevenzione 2014-2016

RISULTATI RAGGIUNTI 2017

Osservatorio Nazionale Screening

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

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

Questi risultati vengono annualmente pubblicati nel Rapporto dell'Osservatorio e discussi in un convegno specifico e in altre iniziative. Inoltre a ogni Regione per ogni tipo di screening vengono forniti indicatori per ogni tipologia di screening rispetto alla media nazionale e alla media regionale e rispetto allo standard di riferimento. L'Osservatorio cura inoltre, le linee guida per la quality assurance e la certificazione dei programmi di screening, la promozione della ricerca in ambito di screening, lo sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione, all'interno dei programmi fra operatori e utenti.

La Regione Piemonte, come le altre Regioni italiane, si è avvalsa del supporto dell'ONS sopra descritto, nelle sue attività di monitoraggio per la valutazioni delle performance dei singoli programmi nell'anno 2017. Tale confronto fornisce elementi concreti per individuare le azioni programmatiche per il superamento delle criticità.

Il benchmarking dei programmi è stato assicurato da singole schede inviate ai responsabili regionali nonché nei momenti pubblici di confronto e di discussione sui risultati e sulle pubblicazioni presenti nel sito dell'ONS (www.osservatorionazionalecreening.it).

Le news dell'ONS hanno fornito informazioni su dibattiti, iniziative formative, novità organizzative ecc. a tutti gli iscritti alle news.

Per quanto riguarda l'attività di formazione, il referente regionale degli screening e altri operatori piemontesi hanno partecipato alle iniziative organizzate dall'ONS, quali workshop ed eventi formativi: workshop congiunto ONS/GISCI (14/06/2017), convegno nazionale ONS (26/05/2017).

Nel corso del 2017 l'ONS ha continuato a sviluppare e consolidare il rapporto con le società scientifiche il cui orientamento influisce sul funzionamento dei programmi di screening.

Associazione Italiana Registri Tumori

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) ha svolto nel 2017 le seguenti attività:

- raccolta della casistica prodotta dai 49 Registri Tumori italiani generali e 7 specializzati accreditati AIRTUM e verifica di adesione al protocollo operativo (<http://www.registritumori.it/cms/files/2010.pdf>), eventuale richiesta di correzioni in caso di non aderenza ai criteri di consistenza e/o segnalazioni di anomalie dal software checkAIRTUM (<http://www.registritumori.it/cms/it/taxonomy/term/35>).
- verifica di qualità ad hoc, definizione del formato appropriato e trasmissione dati per la partecipazione a progetti di ricerca nazionali e internazionali:
 1. Analisi epidemiologica e caratterizzazione morfologica di pazienti affetti da carcinoma alla vescica e del testa-collo da registro nazionale epidemiologico AIRTUM;
 2. Adolescents and young adults with cancer in Italy. How to ensure access to the best care and quality of survival (Ada);
 3. Aggiornamento degli indicatori di CheckAIRTUM;
 4. Monografia AIRTUM sui Trend temporali;
 5. I numeri del cancro 2017;
- Collaborazione nel gruppo di lavoro AIRTUM-AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) per quanto riguarda le analisi dati e la misura del volume *I numeri del Cancro 2017*, nel quale sono presentati i dati dei Registri Tumori italiani e stime di incidenza per singola sede tumorale e singola regione italiana;
- Analisi dati della monografia AIRTUM 2017 sui trend temporali dei tumori in Italia;
- Coordinamento dell'U.O. Analisi dati di incidenza per il sistema di sorveglianza Sentieri (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento);
- Presentazione dei rapporti e studi condotti da AIRTUM nei seguenti eventi scientifici:
 1. XXI Riunione scientifica annuale dell'Associazione Italiana Registri Tumori, Catanzaro Lido 5 - 7 aprile 2017;
 2. Convegno "Collaborazioni IARTUM-ISS: stato dell'arte e prospettive future", Roma (ISS) 13 aprile 2017;
 3. Joint ISS-IARC Scientific Exchange meeting, Lione 6 giugno 2017;
 4. International Association of Cancer Registries Meeting: IACR 2017, Utrecht (Jaarbeurs Supernova) 17-19 ottobre 2017;
 5. Convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, Mantova 25-27 ottobre 2017;
 6. Convegno "Preceptorship in Oncologia: La gestione multidisciplinare del paziente con carcinoma del pancreas", Reggio Emilia 9-11 novembre 2017;
 7. Confronto Interassociativo sulle problematiche femminili in Oncologia: FAVolosamente DONNA, Istituto Tumori di Bari 13 dicembre 2017.

Network per l'Evidence Based Prevention

Il Network Italiano di Evidence Based Prevention (NIEBP) ha l'obiettivo di censire, valutare e mettere a disposizione dei decisori delle politiche della prevenzione e degli operatori del settore le prove di efficacia relative a interventi di prevenzione. Il NIEBP è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Un'azione centrale del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) ha affidato ad Agenas le funzioni di promozione e coordinamento del Network. Lo Statuto del NIEBP prevede che il network, una volta "stabilizzato", venga integrato da altri centri con funzioni di ricerca e di disseminazione, e che venga sostenuto da una rete di "antenne" regionali con funzione di interfaccia, di gestione della domanda e di disseminazione dell'uso delle prove di efficacia elaborate.

Durante gli anni 2014-2017 il NIEBP ha offerto un supporto alle regioni per redigere i Piani Regionali di Prevenzione. A tale fine ha elaborato la "matrice NIEBP delle evidenze" che raccoglie, per quasi tutti i principali fattori di rischio del PNP, le migliori evidenze di efficacia disponibili nella letteratura scientifica accreditata secondo un approccio standardizzato. La matrice è accessibile liberamente dal sito <http://niebp.agenas.it/>. Per le popolazioni target del PNP sono raccolte le principali Linee guida nazionali e internazionali, le revisioni sistematiche e gli interventi adottati in Italia di cui sono disponibili studi che ne abbiano verificato l'efficacia. I materiali sono stati selezionati attraverso strumenti standardizzati (quali AGREE II e il Quality Assessment Tool del portale Health Evidence); le linee guida e le revisioni realizzate all'estero sono state sintetizzate in documenti in italiano: le Quick Reference Guide (QRG) e le Quick Summary Review (QSR).

La Matrice al momento è in fase di aggiornamento in modo da essere disponibile per l'elaborazione dei PRP 2020-2025.

Inoltre durante gli anni 2014-2017 il NIEBP ha perseguito il progetto attraverso:

- il completamento e l'aggiornamento della matrice NIEBP delle evidenze e l'implementazione delle analisi di trasferibilità e sostenibilità degli interventi identificati;
- il supporto alle regioni per l'utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze nella programmazione della prevenzione;
- il sondaggio relativo all'estensione della rete dei centri di ricerca per aumentare le potenzialità di valutazione di efficacia e revisione di letteratura di interventi di prevenzione, soprattutto per quanto riguarda le aree attualmente da sviluppare, come ad esempio la comunicazione;
- la pianificazione e lo sviluppo di una rete regionale di "antenne" del NIEBP con funzione di interfaccia con i centri di ricerca, di gestione della domanda, ovvero dei quesiti sulla efficacia di interventi posti a livello regionale o locale, di disseminazione dell'uso delle prove di efficacia elaborate;
- la formazione dei collaboratori dei centri di ricerca e delle "antenne" regionali del NIEBP.

LINEA PROGETTUALE 5. GESTIONE DELLA CRONICITA'

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 2017 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 hanno consentito di identificazione e organizzazione dei PDTA con la garanzia di standard organizzativi di qualità e l'individuazione degli indicatori che servono a valutare il grado di ottimizzazione della gestione delle strutture dedicate a tali malattie. Secondo aspetto affrontato è relativo al transitional care ed alla definizione di alcuni presidi della rete pubblica adeguati a garantire la continuità della presa in carico dei pazienti.

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 22/03/2010 "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:

- individuare il Responsabile del Caso/Case manager,
- valutare la situazione di bisogno della persona,
- predisporre il Progetto Individuale,
- effettuare un monitoraggio periodico sullo stato di attuazione del Progetto Individuale.

Con DGR n. 22-5036 dell' 11/12/2012 "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.

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 30/12/2013 "D.G.R. 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". Dal 2015 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 approvare le seguenti Raccomandazioni/PDTA :

PDTA Linfedema primario
PDTA Sindrome da anticorpi antifosfolipidi
Raccomandazioni per la Cistite Interstiziale
Raccomandazioni per le Amiloidosi Primitive e Familiari
Raccomandazioni per le distrofie retiniche ereditarie
Raccomandazioni per le microangiopatie trombotiche
Raccomandazioni per le polineuropatie disimmuni croniche
Raccomandazioni per la neurofibromatosi tipo I
Raccomandazione per le porfirie
Raccomandazione per la sindrome di Prader-Willi

Le Raccomandazioni / PDTA sono state elaborate da gruppi tecnico-specialistici di lavoro della Rete Interregionale del Piemonte e della Valle d'Aosta ed hanno lo scopo di definire idonei criteri diagnostici, clinici e strumentali, e percorsi terapeutici appropriati, sulla base della letteratura scientifica e della buona pratica. Il confronto tra tutti gli operatori interessati a vario titolo sulle patologie con le Associazioni dei pazienti, ha consentito una condivisione fondamentale nonché la crescita di una comune modalità di approccio.

Ogni Raccomandazioni/PDTA è organizzato in modo da comprendere :

INTRODUZIONE, RACCOMANDAZIONI DIAGNOSTICHE ED ASSISTENZIALI, BIBLIOGRAFIA, AGGIORNAMENTI, EVENTUALI ALLEGATI.

Sono state definite, se necessarie, anche le modalità di prelievo dei campioni e le modalità di invio degli stessi.

Le Raccomandazioni/PDTA hanno consentito di ottimizzare il percorso di questi pazienti.

LINEA PROGETTUALE 6. RETI ONCOLOGICHE

Denominazione Progetto: Promozione di rete nazionale per i tumori rari

Il progetto ha previsto quanto segue:

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

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

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

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

1.0 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 Guida condivise di diagnosi e di terapia e pertanto ogni scelta o decisione deve essere valutata con esperti in materia e condivisa con il paziente e la famiglia.

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

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

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

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

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

E' chiaro che tali Linee Guida non risolvono il singolo caso di TR riferito ad uno specifico paziente, ma danno precise indicazioni sulle metodologie 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'IRCCS di Candiolo; il mesotelioma pleurico presso l'AOU San Luigi e l'Ospedale di Casale Monferrato (ASL AL).

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

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

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

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

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

5.0 Sviluppo del progetto educativo online

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

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

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

- Obiettivo qualitativo

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

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

LINEA PROGETTUALE 6. RETI ONCOLOGICHE

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

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

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

Tale gruppo ha il compito di:

- 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 qualitativi

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

Si è proseguito nello sviluppo di un percorso in grado di:

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

2. Allestimento di una biobanca dedicata

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

La biobanca di riferimento per il tessuto ovarico e di cellule germinali è collocata presso il Presidio S. Anna. Occorre con i diversi attori coinvolti condividere un piano di intervento che porti alla realizzazione di un unico polo di conservazione di materiale biologico sia a scopo diagnostico sia a scopo terapeutico presso AOU CSS che dia garanzia di qualità

Obiettivo quantitativo

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



Rendicontazione delle spese sostenute sui Progetti Obiettivo di PSN 2017

LINEA PROGETTUALE		TITOLO DEL PROGETTO	Spese sostenute a valere sulle quote di FSR Vincolato relative a PSN 2017	Quote Accantonate in GSA
3.00	Cure Palliative E Terapia Del Dolore. Sviluppo Dell'Assistenza Domiciliare Palliativa Specialistica	Programma regionale di Cure Palliative	8.157.725	
		Programma regionale di Terapia del Dolore		
4.00	Piano Nazionale Prevenzione E Supporto Al Piano Nazionale Prevenzione	Piano regionale di prevenzione	19.480.647	97.893,00
		Svolgimento di attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIR-TUM, con NIEPB		
1.00	Attività Di Assistenza Primaria	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria	72.912.442	
2.00	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	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.		
		Implementazione della rete di servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari per anziani malati di Alzheimer ed altre demenze		
		PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)		
5.00	Gestione Della Cronicità	Presa in carico territoriale delle persone con patologie croniche, anche rare		
6.00	Reti Oncologiche	Promozione di rete nazionale per i tumori rari		
		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	100.550.814	97.893
		TOTALE COMPLESSIVO ASR+GSA	100.648.707	



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018.

Rep. Atti n. 150/CSR del 1° agosto 2018

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

Nella odierna seduta del 1 agosto 2018:

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

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

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

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

AR

AB





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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

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

VISTA l'Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2017 per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sancita da questa Conferenza il 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 182/CSR);

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, sancito da questa Conferenza nella seduta del 26 ottobre 2017 (Rep. Atti n. 181/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017 ed è stato definito l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

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

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

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

AP

AB





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il "Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2014-2018" (Rep. 156/CSR del 13 novembre 2014);

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

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

VISTA la nota del Ministero della salute in data 25 luglio 2018, diramata dall'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza con nota del 26 luglio 2018, con la quale è stata trasmessa la proposta di accordo indicata in oggetto;

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

CONSIDERATO che, nel corso della seduta, le Regioni hanno espresso avviso favorevole all'accordo in parola;

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

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE :

AP





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell'anno 2018 dovranno essere trasversali a più ambiti di assistenza che risultino prioritari per la sanità del nostro Paese e conformi ai programmi e agli indirizzi condivisi con l'Unione europea e con i principali organismi di sanità internazionale. Le linee progettuali indicano, in particolare, la necessità di investire nel campo della cronicità e della non autosufficienza, delle tecnologie in sanità e della discriminazione in ambito sanitario, oltre che per le tematiche vincolate relative al piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore.
2. per l'anno 2018 sono 5 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati A e B del presente Accordo, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:
 - linea progettuale Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multicronicità;
 - linea progettuale Promozione dell'equità in ambito sanitario;
 - linea progettuale Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica – con vincolo di risorse pari a 100 milioni di euro;



HP



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- linea progettuale Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione - con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP - Network;
 - linea progettuale La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio.
3. a seguito della stipula dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2018, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 1 agosto 2018 (Rep. Atti n.), in applicazione dell'articolo 1, comma 34bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-bis, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse complessive di assegnazione per l'anno 2018;
4. entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, le Regioni sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A del presente accordo e rispettando i contenuti presenti nello stesso allegato. In particolare le Regioni sono tenute a:
- a. presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network;
 - b. presentare un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando tutte le restanti risorse assegnate per gli obiettivi di Piano.
- Non devono essere presentati più progetti per la stessa linea progettuale. Qualora si intenda presentare un progetto che prosegua quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento;
5. ogni progetto dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
- gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili ed i costi connessi;
 - gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti;
6. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2018, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente;
7. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
8. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4., ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti



24



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

IL SEGRETARIO
Antonio Nadeo



IL PRESIDENTE
Sen. Erika Stefani



ALLEGATO A

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

Anno 2018

1. Linea progettuale:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Premessa

L'annuario statistico italiano 2017 dell'Istat ha individuato degli indicatori demografici e di struttura della popolazione italiana per descrivere lo stato di salute del nostro Paese. La diffusione delle patologie croniche è stato uno degli indicatori utilizzati nell'indagine Istat che ha voluto studiare, in particolare, il graduale aumento dell'invecchiamento della popolazione. I risultati ottenuti hanno evidenziato che il 39,1% dei residenti in Italia, soprattutto donne di età > 55 anni, ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche). Tale dato è risultato in lieve aumento rispetto al 2015 (+0,8 punti percentuali). Inoltre, dall'indagine è emerso che il 20,7% della popolazione risultava affetta, nell'anno 2016, da due o più patologie croniche, con netta prevalenza del genere femminile a partire dai 55 anni. Inoltre, nella popolazione degli ultra settantacinquenni la multicronicità è stata attestata al 66,7 per cento (58,4 per cento tra gli uomini e 72,1 per cento tra le donne). In particolare, i dati hanno evidenziato che, rispetto all'anno 2015, è aumentata la quota di chi ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche.

Le malattie o condizioni croniche risultate più diffuse nella popolazione italiana sono: l'ipertensione (17,4 per cento), l'artrosi/artrite (15,9 per cento), le malattie allergiche (10,7 per cento), l'osteoporosi (7,6 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,8 per cento), il diabete (5,3 per cento).

Diversi studi, come quello presentato dal The Lancet (Volume 388, No. 10061) del 3 dicembre 2016, hanno evidenziato che i Sistemi sanitari dei Paesi sono preoccupati per la crescente prevalenza della coesistenza di diverse malattie croniche, o multicronicità (più condizioni a lungo termine: adulti con 2 o più condizioni di salute fisica a lungo termine oppure adulti con 1 o più condizioni di salute mentale e almeno 1 condizione di salute fisica). Attualmente, l'assistenza sanitaria di questa tipologia di pazienti è frammentaria in quanto viene seguito un approccio diagnostico-terapeutico per singola malattia che genera un impatto negativo sul paziente e sugli operatori sanitari. Infatti, la multicronicità è associata a una ridotta qualità della vita, a una più alta mortalità e ad un utilizzo di più farmaci da parte del paziente. Pertanto, i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare un maggiore richiesta di indagini clinico-diagnostiche, di trattamenti terapeutici e di visite mediche, percentuali più elevate di eventi avversi e un più ampio utilizzo dei servizi sanitari (comprese le cure non pianificate o di emergenza). Un particolare problema per i servizi sanitari è che i regimi di trattamento (compresi i trattamenti non farmacologici) possono facilmente diventare molto onerosi per le persone con multicronicità e l'assistenza può risultare scoordinata e frammentata. La polifarmacia nelle persone con multicronicità è spesso motivata dalla somministrazione di più farmaci destinati a prevenire la morbilità e la mortalità delle singole patologie croniche di cui lo stesso individuo è affetto. Inoltre, i



soggetti le cui condizioni di cronicità prevedono un trattamento strettamente correlato o concordante, come il diabete, l'ipertensione e l'angina, presentano meno problemi di assistenza sanitaria rispetto a quei pazienti che si trovano in condizioni che richiedono un trattamento del tutto diverso (ad esempio, condizioni fisiche e mentali).

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

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

Le principali attività da prevedere sono: una mappatura territoriale che rilevi la presenza di individui affetti da più patologie, l'attivazione di nodi sensibili della rete dei servizi a partire dalla Medicina Generale, l'individuazione di strumenti per la valutazione dei pazienti con multimorbilità con



possibilità di fornire risposte mono o multiprofessionali, la valutazione delle diverse possibilità di presa in carico del paziente e la realizzazione di piani di assistenza individualizzati che tengano conto, in maniera flessibile, delle linee guida basate sull'evidenza scientifica delle singole patologie croniche.

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

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

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

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

2. Linea progettuale:

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Premessa:

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

Affrontare la discriminazione in ambito sanitario contribuirà a permettere il raggiungimento di alcuni degli obiettivi di sviluppo sostenibile, in particolare quelli sulla salute e benessere, sull'istruzione di qualità e sulla riduzione delle disuguaglianze.

Aree prioritarie di intervento

Al fine di favorire la riduzione delle discriminazioni in ambito sanitario, le Regioni sono invitate a mettere in atto azioni che possano raggiungere i seguenti target:

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



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

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

3. Linea progettuale:

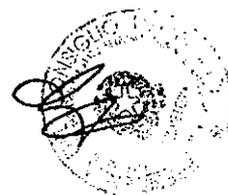
COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA.

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

1. Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore

Premessa

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



I successivi provvedimenti attuativi della Conferenza Stato-Regioni hanno esplicitato la necessità di definire delle linee guida comuni per l'accesso alla terapia del dolore a diversi livelli a seconda della complessità del dolore riferito dal paziente. In particolare:

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

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

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

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

Pertanto, i nodi della rete sono:

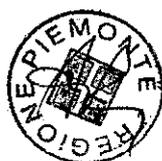
- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale.
- Centri Spoke/Centri Ambulatori di terapia del dolore.
- Centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore.

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

Aree prioritarie di intervento

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

- Istituire a livello regionale una struttura organizzativa con funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività della rete. Tale ruolo permetterà, alla struttura organizzativa, di interfacciarsi con le Aziende ed i professionisti della rete della terapia del dolore e con la rete



delle cure palliative al fine di garantire la piena applicabilità e fruibilità della normativa vigente. Inoltre, proprio per le attività che svolge, la struttura potrà individuare le best practices sviluppate in alcuni ambiti e divulgarle in altri contesti simili. Pertanto, la struttura organizzativa dovrà essere supportata da un sistema informativo che si integri con quello regionale.

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

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

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

Premessa



La gestione delle cure palliative e della terapia del dolore rivolte al neonato, bambino ed adolescente esige particolare attenzione in relazione alla variabilità e alla frammentazione delle patologie in causa, spesso rare e richiedenti interventi di alta specializzazione, nonché per la durata temporale delle cure, spesso assai lunga e non prevedibile. Inoltre, per il malato pediatrico, essendo già presente su tutto il territorio nazionale una rete di risorse professionali (pediatria di base, pediatri ospedalieri altamente specializzati) e strutturali (reparti/ospedali pediatrici di riferimento), che risponda ai bisogni assistenziali di alta complessità relativi all'analgesia e alle cure palliative pediatriche necessita di una governance integrata di sistema a livello nazionale. Pertanto, in area pediatrica, lo sviluppo di reti delle cure palliative e della terapia del dolore ha una rilevante valenza non solo all'interno di ogni singola Regione, ma prevalentemente a livello nazionale.

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

Arete prioritarie di intervento

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

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



condivisione continua del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza del caso indipendentemente dalla sede di gestione.

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

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

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

4. Linea progettuale:

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

L'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni ed integrazioni.

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



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

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

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

Obiettivo prioritario: "Piano nazionale della prevenzione"

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

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

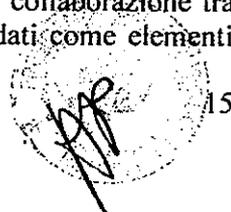
Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano nazionale della prevenzione"

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

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

In tale quadro sono state identificate le seguenti necessità:

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



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

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

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

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

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

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

5. Linea progettuale:

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Premessa

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

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



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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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



Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2018

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2018
 L.102.584.000 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2018 (al 01.01.2017)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network
PIEMONTE	4.392.526	4.392.526	85.675.583	89.809.080	8.145.328	19.548.786	97.744
VAL D'AOSTA	126.883	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.019.166	10.019.166	195.422.380	204.850.712	18.579.148	44.589.955	222.950
BOLZANO	524.256	-	-	-	-	-	-
TRENTO	538.604	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.907.529	4.907.529	95.720.642	100.338.772	9.100.329	21.840.790	109.204
FRIULI	1.217.872	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.565.307	1.565.307	30.531.086	32.004.086	2.907.644	6.966.345	34.832
EMILIA R.	4.448.841	4.448.841	86.773.999	90.960.490	8.249.756	19.799.414	98.997
TOSCANA	3.742.437	3.742.437	72.995.691	76.517.435	6.939.828	16.655.588	83.278
UMBRIA	888.908	888.908	17.338.022	18.174.510	1.648.356	3.956.055	19.780
MARCHE	1.538.055	1.538.055	29.999.540	31.446.895	2.852.109	6.845.061	34.225
LAZIO	5.898.124	5.898.124	115.042.053	120.592.363	10.937.249	26.249.399	131.247
ABRUZZO	1.322.247	1.322.247	25.790.236	27.034.510	2.451.923	5.884.615	29.423
MOLISE	310.449	310.449	6.055.263	6.347.404	575.684	1.381.643	6.908
CAMPANIA	5.839.084	5.839.084	113.890.487	119.385.238	10.827.768	25.986.643	129.933
PUGLIA	4.063.888	4.063.888	79.265.546	83.089.785	7.535.914	18.086.194	90.431
BASILICATA	570.365	570.365	11.124.887	11.661.617	1.057.662	2.538.390	12.692
CALABRIA	1.965.128	1.965.128	38.329.537	40.178.780	3.644.056	8.745.735	43.729
SICILIA (*)	5.056.641	5.056.641	98.629.050	101.922.323	4.552.245	10.925.388	54.627
SARDEGNA	1.653.135	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.589.445	56.528.695	1.102.584.000	1.172.584.000	100.000.000	240.000.000	1.200.000

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 83 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile.



Programma regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2018
LINEA PROGETTUALE 1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

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. 26-1653 del 29/06/2015 D.G.R. n. 3-4287 del 29/11/2016 Deliberazione del Consiglio regionale 10 luglio 2018, n. 306 - 29185
LINEA PROGETTUALE	1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria = CAP / Case della Salute e avvio delle Comunità di pratica per la definizione dei modelli di gestione della cronicità nel territorio regionale
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTE	Settore regionale A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio -Sanitari (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 39.708.966
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	€ 39.708.966
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2018	-

IL PROGETTO	
CONTESTO	<u>Quadro normativo di riferimento</u> <u>A livello nazionale</u>

L. n. 189/2012, art.1, che stabilisce gli indirizzi e le forme organizzative di riferimento per il riordino dei servizi territoriali di assistenza primaria da parte delle Regioni,

A.C.N. 29.7.2009 e s.m.i. con il quale sono state introdotte le nuove forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali dell'assistenza primaria (rif. artt. 26 e segg.)

A.C.N. biennio economico 2008-2009, sottoscritto il 10.3.2010, con il quale viene posta particolare attenzione allo sviluppo della medicina d'iniziativa per il miglioramento della presa in carico degli assistiti affetti da patologia cronica, attraverso l'adesione a PDTA condivisi;

Patto per la Salute 2014/2016, artt. 5 che definisce gli indirizzi per la realizzazione di un modello multiprofessionale e multidisciplinare per il riordino dell'assistenza territoriale regionale, attraverso le nuove forme organizzative della medicina convenzionata, come disciplinate dalla suddetta normativa.

Piano Nazionale Cronicità 2016, in base al quale entrano fra i compiti dei medici di famiglia la redazione dei piani assistenziali individuali o piani di cura personalizzati per razionalizzare l'assistenza ai malati cronici.

Nuovi LEA di cui al D.P.C.M. 12.1.2017, con il quale è stato ridefinito il quadro delle attività, servizi e prestazioni garantite ai cittadini dal SSN, ridefinendo e aggiornando gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione ed innovando i nomenclatori delle prestazioni diagnostiche, specialistiche e dell'assistenza protesica

Legge 8 marzo 2017, n. 24, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie",

Sul piano degli indirizzi per le convenzioni nazionali:

Piattaforma SISAC per il rinnovo dell'ACN dell'aprile 2014, che definisce gli interventi strategici sul piano della contrattazione per realizzare l'effettivo "*potenziamento della rete dei servizi di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale convenzionate*";

Atto d'indirizzo del Comitato di Settore Regioni/Sanità per la medicina convenzionata del 5.3.2015 e relativo parere MEF del 15.6.2015, che rimarca la necessità che il processo di riorganizzazione avvenga garantendo l'"*invarianza finanziaria rispetto agli incentivi vigenti*".

A livello regionale

D.G.R. 26-1653 del 29.6.2015 recante "Interventi per il 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."

D.G.R. 3-4287 del 29.11.2016, con la quale la Regione ha definito le linee



d'indirizzo per la sperimentazione delle Case della Salute sul proprio territorio, nelle more dell'attuazione a regime del nuovo modello organizzativo delle Cure Primarie di cui alla D.G.R. n. 26-1653/2015

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 il 79,32% dei MMG, ai quali fa capo l'83% del totale degli assistiti. Per quanto attiene alla pediatria, la percentuale scende a il 57,38, a cui fa capo il 62,61% 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 223 equipe territoriali coinvolgono tutti i 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 operative all'inizio del 2017, 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:

1. A.S.L. To3, Distretto di Susa, CAP Avigliana, c/o ex presidio ospedaliero
2. A.S.L. To4, Distretto di Cuorgnè, CAP Castellamonte, c/o ex presidio ospedaliero
3. A.S.L. VC, Distretto di Vercelli, CAP Santhià, c/o ex presidio sanitario polifunzionale
4. A.S.L. NO, Distretto di Arona, CAP Arona, c/o ex presidio ospedaliero
5. 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



	<p>sperimentazione regionale di cui alla D.G.R. n.57-10097 del 17.11.2008 e conclusasi il 31.12.2011, oppure a livello aziendale: nelle maggior parte dei casi l'attività di tale forme organizzative è proseguita nella configurazione di medicina di gruppo garantendo, nella stessa sede, l'integrazione con le attività infermieristiche, diagnostiche e specialistiche, nonché con le aree socio-sanitarie della domiciliarità e residenzialità;</p> <p>- i p.l. di prossimità e/o residenzialità a supporto dei CAP/Case della Salute, in fase di sperimentazione aDemonte (ASL CN1) e ad Arona (ASL NO), finalizzati a promuovere i percorsi di deospedalizzazione.</p> <p>Sviluppo delle "Linee di indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità" che, riprendendo i principi fondanti del PNC, indicano per ciascuna fase e per ciascun fattore trasversale, gli obiettivi che la Regione Piemonte si propone di raggiungere, le relative linee di intervento e i risultati attesi, anche per quanto riguarda i percorsi con i pazienti con multicronicità.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto, il cui sviluppo si estende nell'arco del triennio di attuazione (2017-2019), è posto in essere nell'ambito 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 rete territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari da porre in essere a fronte del bisogno espresso dal territorio; - 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 attraverso le seguenti azioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - monitoraggio delle forme associative ed organizzative dell'assistenza primaria esistenti nell'ambito di ciascuna ASL/Distretto, sia di tipo monoprofessionale (E.A.T., associazioni, gruppi e reti) che di tipo multiprofessionale (CAP, Case della Salute, ex Gruppi di Cure primarie); - a partire dalle esperienze già in essere, avvio di una sperimentazione regionale orientata verso il modello a regime AFT/UCCP, attraverso: <ul style="list-style-type: none"> ➤ la riconduzione di tutte le esperienze già esistenti alla comune tipologia della Casa della Salute (CS), nella configurazione strutturale, funzionale o mista, come disciplinata dalla D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016; ➤ la promozione del potenziamento delle realtà già esistenti e funzionamenti e dello sviluppo di nuove Case della Salute, in modo da raggiungere un'articolazione capillare di almeno due C.S. per distretto <p>- a supporto di tale sperimentazione, la Regione ha destinato la somma di 8 milioni di euro, da ripartire annualmente alle ASL sulla base di criteri correlati alla popolazione residente ed alle</p>



	esperienze già in essere nei rispettivi ambiti distrettuali. Ulteriore progetto rappresenta la definizione modelli di gestione utilizzabili su tutto il territorio regionale per la gestione della cronicità, da definire attraverso l'istituzione delle "Comunità di Pratica" aziendali.
OBIETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere una medicina di territorio sempre più accessibile (h 12 e, tramite l'integrazione con la continuità assistenziale h 24), facilmente fruibile e visibile, considerata la funzione centrale delle cure primarie quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale; una medicina di territorio che abbia la stessa autorevolezza dell'ospedale ed in cui il medico di famiglia diventa protagonista in una continuità assistenziale, che deve tradursi in risposte sanitarie e socio-sanitarie non solo efficienti, efficaci e appropriate ma anche e soprattutto complete, coordinate ed integrate. - Incentivare il riequilibrio fra la "sanità d'attesa", improntata sulla gestione delle malattie acute e la "sanità d'iniziativa", improntata sulla gestione della malattia in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, nell'ambito: <ul style="list-style-type: none"> 1) dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti, 2) delle iniziative di promozione ed educazione alla salute. - Promuovere l'integrazione fra medicina generale e medicina specialistica nella gestione delle patologie croniche, le quali devono essere interagenti e complementari nell'ambito di percorsi di presa in carico, definiti/validati a livello aziendale e regionale e di piani di cura personalizzati, formulati e condivisi in base all'effettivo bisogno del paziente.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>2018</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proseguimento monitoraggio e sostegno delle forme organizzative dell'assistenza primaria esistenti sul territorio; - orientamento e indirizzo rispetto alla sperimentazione delle Case della Salute; - analisi e valutazione dei progetti proposti (n. 67 progetti CS), confronto con ASL e Distretti rispetto alle criticità rilevate, a garanzia dell'omogeneo sviluppo della sperimentazione tenendo anche conto delle specificità territoriali; - validazione dei progetti proposti ed avvio della sperimentazione, con erogazione delle quote in acconto; - ricevimento, analisi e monitoraggio dei provvedimenti ASL di avvio/potenziamento delle CS, come da progetti validati, dei relativi atti organizzativi e di funzionamento adottati su schemi-tipo regionali, nonché dei protocolli operativi adottati con i servizi di continuità assistenziale, di emergenza-urgenza, l'area specialistica e l'area socio-sanitaria adottati a garanzia dell'ottimale funzionamento della multiprofessionalità e multifunzionalità e della continuità delle cure da garantire al cittadino da parte del SSR. - avviare la definizione del modello regionale con almeno 3 comunità di



	pratica
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Si rinvia agli indicatori di monitoraggio/valutazione della sperimentazione previsti dalla D.D. n. 438 del 30.6.2017. Con tale determinazione è anche stato adottato lo schema-tipo per la Relazione di attività e rendiconto dei costi sostenuti nell'anno 2017, adottato dalle ASR ai fini della liquidazione della quota a saldo del contributo regionale.
RISULTATI ATTESI	Il risultato finale atteso consiste nell'avviare il modello di riordino delle cure primarie come sopra descritto, con l'attivazione –entro il triennio 2017/19- dei progetti proposti e finanziati per la realizzazione della rete delle Case della Salute

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Enti del SSR	Interventi per la riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza primaria = CAP / Case della Salute
	A
GSA 000	
ASL 301 - Città di Torino	6.967.233
ASL 203 - TO3	5.782.042
ASL 204 - TO4	5.14.181
ASL 205 - TO5	2.228.342
ASL 206 - VC	1.824.006
ASL 207 - BI	1.405.183
ASL 208 - NO	3.354.365
ASL 209 - VCO	1.332.952
ASL 210 - CN1	4.120.317
ASL 211 - CN2	1.249.239
ASL 212 - AT	1.602.117
ASL 213 - AL	4.728.989
TOTALE ASL	39.708.966
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	
TOTALE ASO	0
TOTALE Enti SSR	39.708.966



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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	PDTA per i pazienti affetti da cistite interstiziali e della BladderPainsyndrome.
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTE	Settore regionale A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio -Sanitari (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 2.602.768
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	€ 2.602.768
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2018	-

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 per le malattie rare
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. L'implementazione di una raccomandazione per la presa in carico diagnostico-terapeutica della cistite interstiziale e sua applicazione sul territorio regionale. E' prevista la diffusione delle raccomandazioni 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. 4. prosecuzione di protocolli per la somministrazione domiciliare di farmaci



	enzimatici sostitutivi. 5. Inserimento di una nuova versione del sito web www.malattierarepiemonte.it
OBIETTIVI	Obiettivo qualitativo: Prosecuzione e diffusione su tutto l'ambito regionale di protocolli per la somministrazione domiciliare dei farmaci enzimatici sostitutivi; Identificazione delle attività di segnalazione e di assistenza utili a definire i centri che partecipano alle reti europee di riferimento. somministrazione domiciliare di sostituti enzimatici ad alto costo ed analisi dei costi e dei risparmi, sia diretti che indiretti derivati. Obiettivo quantitativo: Mantenimento delle attività di produzione galenica per le malattie rare da parte delle farmacie ospedaliere e miglioramento della rete di scambio.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	Per l'anno 2018, in particolare: Progettazione del sistema di datawarehouse regionale dedicato alle malattie rare. Consolidamento delle attività e 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)	Realizzazione di almeno 5 corsi ECM accreditati per la formazione di operatori.
RISULTATI ATTESI	Realizzazione di almeno 5 corsi ECM accreditati per la formazione di operatori. Identificazione di almeno 3 centri potenzialmente candidabili per la partecipazione alle ERN

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018. Di seguito si riporta la tabella di riparto.



Enti del SSR	PDTA per i pazienti affetti da cistite interstiziali e della BladderPainsyndrome
	B
GSA 000	
ASL 301 - Città di Torino	1.365.000
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
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	1.237.768
TOTALE ASO	1.237.768
TOTALE Enti SSR	2.602.768



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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	Preso in carico territoriale delle persone con patologie croniche, anche rare
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTE	Settore regionale A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio -Sanitari (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 12.376.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	€ 12.376.000
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2018	-

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Coerentemente con gli obiettivi di governo regionale, si prevedono interventi relativi al potenziamento della rete dei servizi per la non autosufficienza, alla riqualificazione della rete dei servizi per la disabilità e all'implementazione di strumenti utili a sostenere il processo di qualificazione dell'assistenza erogata dai servizi territoriali nell'ambito della integrazione sociosanitaria.</p> <p>All'interno della cronicità si individua una linea di attività specifica per le Malattie rare.</p> <p>Le malattie rare sono patologie potenzialmente letali o cronicamente debilitanti, caratterizzate da bassa prevalenza ed elevato grado di complessità. Il Working Group on Rare Diseases – istituito dalla Comunità Europea, nel programma d'azione comunitaria sulle malattie rare, adottato nel periodo 1999-2003 concernente anche le malattie genetiche, definisce malattie rare quelle che presentano una prevalenza uguale o inferiore a 5 casi ogni 10.000 persone nella Unione Europea.</p> <p>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 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>
OBIETTIVI	<p>1) Consolidamento/potenziamento delle attività dei PUA e VMD; 2) Mantenimento delle azioni avviate negli anni precedenti; Linea Malattie rare - Obiettivi 1) Adottare i PDTA su singole o gruppi di malattie rare; 2) consolidare le attività assistenziali per le persone affette da Malattie rare</p>
DESCRIZIONE	<p>Il progetto prevede i seguenti ambiti di attività: (1) Sviluppo dell'approccio alla patologia cronica, secondo il modello Chronic Care Model (CCM), con particolare riferimento ai Sistemi Informativi; (2) Valutazione Multidimensionale (VMD) e Piano di Assistenza Individuale (PAI)/Progetto Riabilitativo Individuale (PRI); (3) Sviluppo dei Flussi Informativi.</p> <p>Si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consolidamento delle attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali inerenti la Valutazione rivolta alle persone non autosufficienti, anche anziane e alle persone con disabilità (adulti e minori) ai sensi delle DGR vigenti; - adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative; - adozione di strumenti di valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; - consolidamento/potenziamento dell'attività di assistenza domiciliare, finalizzata alla gestione dei PAI per le persone non autosufficienti, anche anziane; - rafforzamento delle attività di assistenza, residenziale e semiresidenziale a persone non autosufficienti, anche anziane; - riqualificazione dell'assistenza territoriale rivolta alle persone con disabilità. <p>Linea "Malattie rare" 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. In quest'ambito si prevede di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere lo sviluppo dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per singole o gruppi di malattie rare a maggiore prevalenza e/o complessità e monitoraggio dei PDTA implementati;



	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - Incentivare i collegamenti tra i centri/presidi e le Associazioni dei Pazienti e delle Famiglie; - Recepire, con provvedimento regionale, un sistema di classificazione delle malattie rare finalizzato alla programmazione della rete assistenziale; - Avviare, in collaborazione con gli Istituti, il processo di riorganizzazione della rete assistenziale.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2018
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - numero di operatori impegnati nei PUA - adozione degli strumenti di valutazione multidimensionale per l'area della non autosufficienza e per le cure palliative - adozione di strumenti per la valutazione multidimensionale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale; - numero di soggetti assistiti a domicilio dalle ASL; - numero di soggetti assistiti in strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, anche anziane; - completezza dei dati raccolti dal SIAD; - differenza media, in giornate, tra la data di registrazione delle 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"> - numero di percorsi diagnostico terapeutici elaborati e diffusi; - numero di persone che hanno ricevuto un Piano Assistenziale Individuale; - numero di incontri con le Associazioni dei Familiari; - numero di corsi di formazione; - produzione del rapporto di monitoraggio annuale dei casi notificati nel registro Malattie Rare.
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.</p> <p>Implementazione di strumenti organizzativo-gestionali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza alla persona non autosufficiente e alla persona con disabilità.</p> <p>Consolidamento della rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza.</p> <p>Linea Malattie rare</p> <p>I risultati del progetto potranno rappresentare la base per la identificazione e la organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici che potranno essere presi a modello anche per altre malattie.</p> <p>L'implementazione di una rete assistenziale efficiente permetterà di garantire standard organizzativi di qualità ed omogenei per ciascun Istituto partecipante alla rete e di facilitare l'accesso ai servizi, sia nella fase di approfondimento diagnostico che in quella della presa in carico.</p> <p>Si potranno inoltre individuare degli indicatori che permetteranno di valutare il grado di ottimizzazione della gestione delle Strutture dedicate alle malattie rare, anche in previsione di una espansione della domanda di prestazioni e contribuire</p>



alla individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la gestione delle malattie rare.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Enti del SSR	Preso in carico territoriale delle persone con patologie croniche, anche rare
	C
GSA 000	
ASL 301 - Città di Torino	2.534.900
ASL 203 - TO3	1.337.500
ASL 204 - TO4	1.184.500
ASL 205 - TO5	1.117.500
ASL 206 - VC	416.500
ASL 207 - BI	418.500
ASL 208 - NO	780.500
ASL 209 - VCO	403.500
ASL 210 - CN1	954.500
ASL 211 - CN2	387.500
ASL 212 - AT	485.600
ASL 213 - AL	1.084.500
TOTALE ASL	11.105.500
Aso 904 - S.Luigi	423.500
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	423.500
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	423.500
TOTALE ASO	1.270.500
TOTALE Enti SSR	12.376.000



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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	
LINEA PROGETTUALE	1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTE	Settore regionale A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio -Sanitari (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 30.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	€ 30.000
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUI FSN INDISTINTO 2018	

CONTESTO	Patologie Reumatiche: Infiammatorie
DESCRIZIONE	<p>Il percorso diagnostico terapeutico delle malattie reumatiche infiammatorie croniche dell'adulto è uno strumento imprescindibile al fine di garantire un'assistenza appropriata onde conservare una adeguata qualità della vita, il mantenimento dell'inserimento sociale e la riduzione del rischio di un danno articolare permanente, a sua volta responsabile di disabilità. Per questo è indispensabile una stretta collaborazione tra MMG e specialisti reumatologi, in un'ottica di progressiva gestione integrata di queste patologie secondo un modello di "Chronic Care Model".</p> <p>Il progetto prevede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la progressiva piena applicazione della DD 375/2009 relativa alle classi di priorità di invio a consulenza reumatologica nel rispetto dell'attuale normativa regionale sul governo dei tempi di attesa (D.G.R. n.17-4817 del 27/3/2017); 2. l'implementazione di un supporto informatico al fine di facilitare l'individuazione e la registrazione dei sintomi precoci di artrite da parte dei MMG, primi referenti del



	<p>paziente e predisporre un rapido riferimento alle Strutture della Rete di Reumatologia</p> <p>3. un programma di formazione destinato ai MMG finalizzato alla conoscenza dei sintomi precoci di artrite e all'utilizzo del supporto informatico.</p> <p>4. Coordinamento delle strutture di reumatologia e degli specialisti di reumatologia al fine di garantire omogeneità dell'offerta assistenziale a livello regionale.</p>
OBIETTIVI	<p>Attivazione di percorsi coordinati di invio a consulenza e gestione integrata tra i MMG e gli specialisti delle strutture della Rete Reumatologica sotto il coordinamento della SC di Reumatologia dell'AOU "Città della Salute e della Scienza di Torino".</p> <p>Implementazione del supporto informatico e sua diffusione presso i MMG;</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE(CRONOPROGRAMMA)	2018
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Creazione e diffusione di un PDTA relativo alla gestione integrata dei reumatismi cronici dell'adulto.</p> <p>Diffusione ed incremento dell'utilizzo del supporto informatico</p> <p>% di invio a visita reumatologica classe di priorità U o B per Reumatismi Cronici infiammatori dell'adulto in fase precoce (>40% degli invii)</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Appropriatezza nell'utilizzo delle classi di priorità di accesso alle strutture della rete e sviluppo di modelli di gestione integrata.</p> <p>Omogeneizzazione dei percorsi clinici e dell'offerta assistenziale reumatologica sul territorio piemontese.</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 Di seguito si riporta la tabella di riparto.



Enti del SSR	PDTA EARLY ARTHRITIS (Artrite Reumatoide in fase precoce)
	D
GSA 000	
ASL 301 - Città di Torino	
ASL 203 - TO3	
ASL 204 - TO4	5.000
ASL 205 - TO5	
ASL 206 - VC	5.000
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
Aso 904 - S. Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	5.000
Aso 907 - AL	5.000
Aso 908 - Mauriziano	5.000
ASO 909 - Città della Salute	5.000
TOTALE ASO	20.000
TOTALE Enti SSR	30.000

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n. 51-2485 del 23/11/2015 D.G.R. n. 17-3501 del 20/06/2016
LINEA PROGETTUALE	1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'
TITOLO DEL PROGETTO	Promozione di rete nazionale per i tumori rari
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTE	Settore regionale A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio - Sanitari (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 1.057.830
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA	€ 1.057.830



QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2018	

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



sempre discussa collegialmente.

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

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

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

Specificità nella ricerca

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

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

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

Supporto finanziario alla ricerca

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



	<p>delle neoplasie anche in vista di uno sviluppo coordinato di eventuali biobanche dei tessuti.</p> <p>Sviluppo del progetto educativo online Sono stati identificati tre Responsabili per ogni singola sottosezione di studio: sarcomi tessuti molli e dell'osso; tumori neuroendocrini e tumori del SNC. Per ogni sottosezione si dovrà fare riferimento con chiarezza a quale Linea Guida ci si riferisca. Saranno sviluppate brevi lezioni online da parte di Esperti della materia con tutti gli Specialisti coinvolti nell'argomento (ad esempio lezione "frontale" di circa cinque minuti sulla diagnostica anatomopatologica del singolo TR sul modello della Continuous education dell'ESMO). La lezione dovrà essere corredata da adeguata iconografia. Al termine sessione di FAD con domande a scelta multipla. Solo il superamento della sessione in oggetto darà la facoltà di iscriversi alla sessione successiva. Il corso sarà ECM, registrato regolarmente e porterà alla acquisizione del punteggio assegnato all'evento da parte della Autorità regolatoria. Saranno previsti anche corsi itineranti da concordare con le SO di Oncologia delle Aziende Sanitarie, in modo da presentare il programma e il corso di aggiornamento. Verranno coinvolti nell'organizzazione e nello sviluppo dell'iniziativa: il Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale Rete Oncologica Piemonte Valle d'Aosta, la COR come responsabili dell'evento, le SC e SS di Oncologia delle diverse Aziende Sanitarie, le sezioni regionali delle Società scientifiche (AIOM, SIRM, SIAPEC, AIRO, Società di Oncologia), le sedi universitarie di Torino e di Novara, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta, gli Infermieri).</p>
<p>OBIETTIVI</p>	<p>Obiettivo qualitativo Diffusione della cultura sui TR concentrando inizialmente l'attenzione su tre aree scientifiche: sarcomi dei tessuti molli e dell'osso; tumori neuroendocrini, tumori del SN L'iniziativa si svilupperà attraverso un corso online attraverso la metodologia di lezione esplicativa e successivo questionario basato sulla metodologia FAD con domande e risposte. Incremento e monitoraggio della qualità dell'offerta assistenziale per i pazienti affetti da TR in regione Piemonte, tramite la raccolta dati e l'individuazione di centri di riferimento regionali per la cura di queste patologie.</p> <p>Obiettivo quantitativo La registrazione sistematica dei TR visti in un anno presso la RTR; già cinque Aziende Sanitarie piemontesi fanno confluire e condividono casi clinici con la RTR (AO Città della Salute e della Scienza di Torino – presidio Molinette - ,</p>



	<p>AOU San Luigi di Orbassano, IRCC di Candiolo, Ospedale Gradenigo di Torino e AO di Alessandria)</p> <p>La prosecuzione dei lavori di raccolta di casi clinici di TR, in modo da descriverne adeguatamente la storia naturale come già avviene con data base ad hoc per i sarcomi ORL, i tumori rari sarcomi del distretto urologico e i sarcomi dei tessuti molli degli arti.</p> <p>La raccolta sistematica di tutti i referti istopatologici relativi ai tumori rari presso tutte le SO di anatomia patologica delle due Regioni, diagnosticati in 5 anni (2006-2011) per avere un quadro preciso del numero dei casi e delle sedi dove avviene la diagnosi.</p> <p>Il potenziamento del portale regionale relativo agli studi sui TR già disponibile</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE(CRONOPROGRAMMA)	2018
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 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 Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018. Di seguito si riporta la tabella di riparto.



Enti del SSR	Promozione di rete nazionale per i tumori rari
	E
GSA 000	
ASL 301 - Città di Torino	211.566
ASL 203 - TO3	
ASL 204 - TO4	
ASL 205 - TO5	211.566
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	423.132
Aso 904 - S.Luigi	211.566
Aso 905 - NO	0
Aso 906 - CN	0
Aso 907 - AL	211.566
Aso 908 - Mauriziano	0
ASO 909 - Città della Salute	211.566
TOTALE ASO	634.698
TOTALE Enti SSR	1.057.830



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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	D.G.R. n. 51-2485 del 23/11/2015 D.G.R. n. 17-3501 del 20/06/2016
LINEA PROGETTUALE	I. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'
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	2018
REFERENTE	Settore regionale A14013B - Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio -Sanitari (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 3.320.715
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	€ 3.320.715
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2018	-

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> <ul style="list-style-type: none"> - definire le patologie che danno origine al percorso di conservazione del tessuto gonadico o delle cellule germinali - definire sul territorio regionale l'epidemiologia di tali patologie; - indicare il percorso di presa in carico della paziente; - definire la rete dei centri che possono intercettare e a cui riferire sul territorio regionali le pazienti con tali patologie; - dotarsi di un sistema informativo per la raccolta e tracciabilità dei dati, che sia disponibile in modalità web-server a tutti gli snodi della rete



	<p>-individuare le strutture di raccolta e conservazione del tessuto ovarico o di cellule germinali, indicando gli standard che occorre siano garantiti</p> <p>-programmare l'accreditamento e certificazione di qualità della biobanca</p> <p>- 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</p>



	gonadico e cellule germinali per tutte le pazienti che ne abbiano indicazione
TEMPI DI ATTUAZIONE(CRONOPROGRAMMA)	2018
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<ol style="list-style-type: none"> 1. realizzazione PDTA 2. Analisi epidemiologica 3. realizzazione di un software dedicato 4. realizzazione di una Biobanca 5. certificazione della Biobanca 6. 40% della stima di donne attese conservano il proprio tessuto
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 Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018. Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Enti del SSR	Istituzione di una Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative
	F
ASL 001	
ASL 301 - Città di Torino	
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	0
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	3.320.715
TOTALE ASO	3.320.715
TOTALE Enti SSR	3.320.715



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

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. PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO
TITOLO DEL PROGETTO	Umanizzazione
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTE	Settore Regionale A1413B - Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio -Sanitari (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€ 272.000
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2018	€ 270.000
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	-

IL PROGETTO	
CONTESTO	<p>Il nuovo Patto per la salute 2014-2016 (Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), all'articolo 4, recante "Umanizzazione delle cure", prevede che le Regioni, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.</p> <p>Nell'atto si conviene, tra l'altro, la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale ed un'altra in tema di cambiamento organizzativo.</p>
DESCRIZIONE	<p>Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, approvato con DCR n. 167-14087 del 3 aprile 2012, ha previsto l'adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment attraverso il rafforzamento delle sue tre componenti fondamentali: il "controllo" riferito alla capacità di influenzare le decisioni che</p>



riguardando la propria esistenza; la "consapevolezza critica" consistente nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate; la "partecipazione" attinente all'operare insieme agli altri per ottenere risultati desiderati e condivisi.

La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment ed in coerenza con il PSSR 2012-2015 – si è fatta promotrice con le ASR del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero - promosso e coordinato da Agenas e dall'Agenzia di Valutazione Civica di CittadinanzAttiva.

Il programma, cui hanno partecipato tutte le ASR, ha consentito la realizzazione della valutazione partecipata (secondo lo strumento predisposto da AGENAS e CittadinanzAttiva e secondo i principi dell'empowerment – ovvero attraverso equipe territoriali miste cittadini-operatori sanitari) su tutti i presidi sanitari pubblici regionali con oltre 120 p.l.

Alla valutazione è seguita la fase della predisposizione del "Piano di miglioramento" da parte di ciascuna ASR con predisposizione di azioni correttive in relazione alle criticità rilevate in sede di monitoraggio.

Nell'annualità 2017 la Regione, unitamente alle ASR, ha partecipato alla 3ª fase del progetto nazionale che prevedeva, a livello aziendale, un'ulteriore fase di valutazione con riguardo a nuovi item definiti da AGENAS nonché un generale aggiornamento della checklist sulla base delle nuove risultanze aziendali conseguenti alle azioni di miglioramento implementate a livello aziendale.

Nell'annualità 2017, inoltre, la Regione, con DGR n. 101-5530 del 3.8.2017, ha assegnato ai Direttori Generali delle ASR ulteriori obiettivi, non specificamente oggetto del monitoraggio realizzato nell'ambito del programma nazionale, idonei a misurare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza. In particolare il monitoraggio ha riguardato i progetti aziendali di sostegno ai pazienti nella fase successiva alle dimissioni (con particolare attenzione alle patologie croniche: paziente post ictus, con malattie cardiovascolari, parkinson, psichiatriche, ecc...), l'istituzione nelle unità operative delle strutture ospedaliere di luoghi/orari predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati, l'istituzione di Commissioni miste conciliative per far fronte alle segnalazioni pervenute e fornire adeguate



	<p>informazioni nell'ottica della conciliazione dei conflitti.</p> <p>Anche con riguardo all'annualità 2018 si ritiene, in coerenza con la normativa e gli atti sopracitati, nonché in continuità con le iniziative in tema di umanizzazione avviate a livello regionale nel corso degli ultimi anni, di prevedere nell'ambito degli obiettivi da assegnare per l'annualità 2018 ai Direttori generali delle ASR uno specifico obiettivo finalizzato alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento all'umanizzazione dell'assistenza .</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aggiornare i Piani di miglioramento aziendali sulla base delle risultanze della 3^a fase del programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero nonché delle eventuali criticità evidenziate in sede di attuazione degli ulteriori obiettivi di umanizzazione assegnati con DGR n. 101 del 3.8.2017 e di eventuali altri item definiti a livello regionale; - implementare le azioni correttive di rilevanza aziendale individuate nei Piani di miglioramento
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2018
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Numero piani di miglioramento aggiornati nelle Aziende Sanitarie Regionali</p> <p>Numero luoghi/orari predefiniti per il colloquio clinico fra medici curanti e parenti dei ricoverati</p> <p>Numero azioni correttive implementate</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Miglioramento della informazione ai pazienti</p> <p>Sviluppo della umanizzazione ed empowerment</p>

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 Di seguito si riporta la tabella di riparto.



Enti del SSR	Umanizzazione
	G
GSA 000	
ASL 301 - Città di Torino	15.000
ASL 203 - TO3	15.000
ASL 204 - TO4	15.000
ASL 205 - TO5	15.000
ASL 206 - VC	15.000
ASL 207 - BI	15.000
ASL 208 - NO	15.000
ASL 209 - VCO	15.000
ASL 210 - CN1	15.000
ASL 211 - CN2	15.000
ASL 212 - AT	15.000
ASL 213 - AL	15.000
TOTALE ASL	180.000
Aso 904 - S.Luigi	15.000
Aso 905 - NO	15.000
Aso 906 - CN	15.000
Aso 907 - AL	15.000
Aso 908 - Mauriziano	15.000
ASO 909 - Città della Salute	15.000
TOTALE ASO	90.000
TOTALE Enti SSR	270.000



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

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. 1-7041 del 27/01/2014 D.G.R. n. 14-2811 del 18/01/2016
LINEA PROGETTUALE	3. COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA
TITOLO DEL PROGETTO	Programma regionale di Terapia del Dolore
DURATA DEL PROGETTO	Continua
REFERENTE	Settore regionale A1413B - Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitaria (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€. 4.072.664,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2018	€. 4.072.664,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	-

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



Ha previsto in particolare, all'Art. 5, l'attivazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore", che devono integrarsi fra loro, a livello regionale e con le corrispondenti reti regionali, a livello nazionale. La Legge n. 38 del 2010, è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore, a livello nazionale.

Infatti, la legge del 26/02/1999, n. 39 è stata il primo atto normativo riguardante l'assistenza palliativa, cui ha fatto seguito il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20/01/2000 avente ad oggetto "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative"

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

Se esiste dunque un quadro normativo di riferimento rispetto alle 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'adeguata 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 precipui del paziente e della sua famiglia.

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

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

In ottemperanza a quanto previsto dalla L. 38/2010 e tenuto conto di quanto sopra esposto, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ne approvato; nella seduta del 25/07/2012, l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5/06/2003, n. 131, tra il-Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".

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



7

domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...]

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

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

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

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

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

[...] Con lo sviluppo delle aggregazioni territoriali di MMG sul territorio nazionale e l'attuazione di un programma di formazione dei MMG nell'ambito della terapia del dolore, si viene a definire un modello articolato sulla base della struttura organizzativa della medicina generale in grado di dare la prima risposta diagnostica e terapeutica ai bisogni



della persona con dolore, di indirizzare, quando necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, il paziente allo Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore o all'Hub /Centro ospedaliero di terapia del dolore, e garantire la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete.[...]

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

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

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

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

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

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

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



	Inoltre, con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".
OBIETTIVI	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. Obiettivo quantitativo: Consolidare 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)	Rapporto tra popolazione residente e strutture specialistiche Numero dei pazienti presi in carico con interventi antalgici come gestione globale (diagnosi, trattamento, follow up) e non in forma consulenziale (differenza tra struttura interna a servizio di anestesia e struttura autonoma) Numero dei programmi di didattica e ricerca in interazione Ospedale-Università numero degli eventi formativi programmati sul territorio regionale Numero di personale ospedaliero formato in terapia del dolore nel corso di 12 mesi.
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 Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 Di seguito si riporta la tabella di riparto.



Enti del SSR	Rete della terapia del dolore
	H
GSA 000	
ASL 301 - Città di Torino	828.098
ASL 203 - TO3	538.700
ASL 204 - TO4	478.332
ASL 205 - TO5	284.826
ASL 206 - VC	160.185
ASL 207 - BI	159.497
ASL 208 - NO	321.104
ASL 209 - VCO	157.861
ASL 210 - CN1	386.165
ASL 211 - CN2	157.707
ASL 212 - AT	190.545
ASL 213 - AL	409.644
TOTALE ASL	4.072.664
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	
TOTALE ASO	0
TOTALE Enti SSR	4.072.664



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

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. 43-7345 del 31/03/2014 D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014
LINEA PROGETTUALE	3. COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA
TITOLO DEL PROGETTO	Sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica
DURATA DEL PROGETTO 2018	Continua
REFERENTE	Settore Regionale A1413A - Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari (dott. Franco RIPA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	€. 4.072.664,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN 2018	€. 4.072.664,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	-

IL PROGETTO	
CONTESTO	Attuazione della D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 di recepimento dell'Intesa del 25/07/2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5/06/2003, 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.



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



(CRONOPROGRAMMA)	
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	Rapporto tra popolazione residente e strutture specialistiche Numero dei pazienti presi in carico 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 e cure palliative per il paziente in età evolutiva nel corso di 12 mesi Numero di medici di Pediatri di Libera Scelta formato in terapia del dolore e cure palliative rivolte al paziente in età evolutiva nel corso di 12 mesi
RISULTATI ATTESI	Appropriata presa in carico dei pazienti 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 Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Enti del SSR	Cure palliative e Terapia del dolore in area pediatrica
GSA 000	
ASL 301 - Città di Torino	828.098
ASL 203 - TO3	538.700
ASL 204 - TO4	478.332
ASL 205 - TO5	284.826
ASL 206 - VC	160.185
ASL 207 - BI	159.497
ASL 208 - NO	321.104
ASL 209 - VCO	157.861
ASL 210 - CN1	386.165
ASL 211 - CN2	157.707
ASL 212 - AT	190.545
ASL 213 - AL	409.644
TOTALE ASL	4.072.664
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	
TOTALE ASO	0
TOTALE Enti SSR	4.072.664



LINEA 4 PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE.

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

GENERALITÀ	
REGIONE PROPONENTE	Piemonte
DELIBERA REGIONALE (DATA E NUMERO)	DGR n. 27-7048 del 14/06//2018. Piano regionale della prevenzione 2014-2018: rimodulazione per l'anno 2018 ed estensione vigenza al 31/12/2019. Modifica della DGR n. 25-1513 del 3 giugno 2015
LINEA PROGETTUALE	4 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	Piano regionale di prevenzione
DURATA DEL PROGETTO	2018
REFERENTE	Settore Regionale A1409A - Prevenzione Veterinaria (dott. Gianfranco CORGIAT LOIA)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	19.451.042 € (quota già detratta del 5 per mille destinato al progetto dei network a supporto del PNP)
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	19.451.042 €
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2018	-

IL PROGETTO	
CONTESTO	L'Intesa Stato-Regioni n. 247 del 21/12/2017, che stabilisce la proroga del Piano nazionale per la prevenzione (PNP) per gli anni 2014-2018 (Intesa Stato-Regioni n. 156 del 13/11/2014) e la rimodulazione dei Piani regionali della prevenzione 2014-2018, ha confermato quanto previsto dall'Accordo n. 56 del 23/03/2015 - Documento di valutazione del Piano nazionale della prevenzione, che, al punto 5, indica regole e tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione per ciascun anno di vigenza del Piano. Per il 2018, si prevede che le Regioni facciano pervenire, entro il primo trimestre 2018, la documentazione inerente lo stato di avanzamento dei Piani regionali di prevenzione (PRP); la valutazione ha esito



	positivo se almeno l'80% degli indicatori sentinella del PRP presenta uno scostamento tra valore osservato e atteso non superiore al 20%.
DESCRIZIONE	<p>La Regione Piemonte ha approvato, con DGR n. 27-7048 del 14 giugno 2018, la rimodulazione per il 2018 e la proroga al 2019 del Piano regionale di prevenzione di cui alla DGR n. 25-1513 del 3/06/2015.</p> <p>Il provvedimento non ha modificato il quadro logico regionale, ovvero l'articolazione in programmi e relativi obiettivi specifici, tenuto conto che il quadro logico del PNP è rimasto immutato; sono state ridefinite alcune azioni, al fine di consolidarle o riorientarle se necessario, e sono stati corretti alcuni errori di formulazione degli indicatori di processo. Sono stati quindi confermati o riorientati gli obiettivi e le azioni da sviluppare nel periodo considerato (2018-2019) a livello regionale e a livello di Aziende sanitarie, in attuazione degli obiettivi stabiliti per tutte le regioni dal PNP.</p> <p>Il medesimo provvedimento conferma la modalità di attuazione degli indirizzi contenuti nel Piano regionale attraverso la predisposizione, da parte delle Aziende sanitarie, dei Piani locali di prevenzione (PLP), che rappresentano obiettivo di mandato assegnato ai Direttori Generali delle ASL.</p> <p>La Determinazione dirigenziale n. 265 del 23/04/2018, redatta parallelamente alla stesura della Deliberazione e coerentemente agli esiti dell'interlocuzione avvenuta con il Ministero della Salute, approva la programmazione annuale del Piano regionale di prevenzione per il 2018; ogni programma dettaglia per ciascuna azione le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PRP, distingue le attività pertinenti al livello regionale da quelle del livello locale (PLP) e richiama gli indicatori di processo del PRP, compresi gli indicatori sentinella valutati dal ministero ai fini della certificazione LEA, declinandoli per il livello locale.</p>
OBIETTIVI	<p>Il PRP 2018 mantiene l'articolazione in 10 programmi inclusivi e trasversali, i primi 4 dei quali rappresentano la declinazione in setting di "Guadagnare Salute Piemonte" - GSP:</p> <ul style="list-style-type: none"> GSP Scuole che promuovono salute; GSP Comunità e ambienti di vita GSP Comunità e ambienti di lavoro GSP Promozione della salute e prevenzione nel setting sanitario Screening di popolazione Lavoro e salute Ambiente e salute



	Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Governance, organizzazione e monitoraggio Ciascun programma è corredato di obiettivi specifici e relativi indicatori e si articola in azioni, misurate da indicatori di processo. Tra questi, sono definiti alcuni "indicatori sentinella" valutati annualmente ai fini della certificazione del PRP al Tavolo adempimenti LEA.
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2018
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 2018 di tutte le ASL.
RISULTATI ATTESI	Attuazione, attraverso i Piani locali, degli obiettivi contenuti nel Piano regionale di prevenzione.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione della D.G.R. n. 113-6305 del 22/12/2017, D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018. Di seguito si riporta la tabella di riparto.

Enti del SSR	Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione
	L
GSA 100	
ASL 301 - Città di Torino	3.954.993
ASL 203 - TO3	2.572.828
ASL 204 - TO4	2.284.512
ASL 205 - TO5	1.360.328
ASL 206 - VC	765.048
ASL 207 - BI	761.755
ASL 208 - NO	1.533.590
ASL 209 - VCO	753.947
ASL 210 - CN1	1.844.325
ASL 211 - CN2	753.211
ASL 212 - AT	910.045
ASL 213 - AL	1.956.460
TOTALE ASL	19.451.042
Aso 904 - S.Luigi	
Aso 905 - NO	
Aso 906 - CN	
Aso 907 - AL	
Aso 908 - Mauriziano	
ASO 909 - Città della Salute	
TOTALE ASO	0
TOTALE Enti SSR	19.451.042



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)	DGR n. 25-1513 del 3/06/2015
LINEA PROGETTUALE	4 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE
TITOLO DEL PROGETTO	Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale Prevenzione 2014 - 2018
DURATA DEL PROGETTO 2018	2017-2018
REFERENTE	Settore Regionale A1409A - Prevenzione Veterinaria (dott. Gianfranco CORGIAT LOIA)

ASPETTI FINANZIARI

COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Per l'anno 2018, il finanziamento previsto per tale progetto è di € 97.744,00 da suddividersi equamente tra i tre Network nazionali ONS, NIEBP e AIRTUM
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	€ 97.744,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE	-

IL PROGETTO

CONTESTO	Il Piano Nazionale della Prevenzione per la sua realizzazione e valutazione necessita di attività di supporto relative a programmazione e pianificazione regionale, definizione di modalità operative, monitoraggio e valutazione per i programmi di screening, identificazione di interventi preventivi efficaci, costituzione di banche dati omogenee e qualitativamente elevate utili all'epidemiologia descrittiva, clinica ed ambientale al fine di realizzare una pertinente ed efficace programmazione sanitaria. Sono necessari, inoltre, interventi di quality assurance, promozione della ricerca, stesura di linee guida, diffusione dei risultati, formazione e miglioramento della comunicazione. Tale attività di supporto viene assicurata da tre reti nazionali costituite nello specifico dall'Osservatorio nazionale Screening (ONS), dal Network
----------	---



	<p>Italiano Evidence-based prevention (NIEBP) e dall'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM). Con l'art. 17, comma 2, del Patto per la salute 2014-2016, approvato il 10/7/2014, le Regioni e le Province autonome "convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 venga destinato alla linea progettuale per le attività di supporto al PNP medesimo da parte dei tre network" sopra citati.</p> <p>L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è attivo da circa 15 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'ISPO di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (art. 2 bis L. 138/2004) individuava l'ONS come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, sia del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi.</p> <p>L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) coordina i 49 Registri Tumori (RT) generali di popolazione e i 7 RT specializzati, accreditati in AIRTUM. I dati prodotti dai RT servono per l'epidemiologia descrittiva (costituzione di banche dati e divulgazione dati), la valutazione di impatto degli screening oncologici, la programmazione sanitaria (pianificazione di interventi), il supporto della ricerca e la valutazione del rischio. La sede legale dell'Associazione è Milano, Via Ricciarelli, 29. La Banca dati dei RT è collocata presso ISPO, Firenze.</p> <p>Il Network per l'Evidence-based Prevention (NIEBP) è costituito da una rete di ricercatori e collaboratori dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, dell'Università del Piemonte Orientale e dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Sviluppa metodologie per promuovere l'identificazione degli interventi preventivi efficaci a supporto della pianificazione regionale per la prevenzione.</p> <p>Pertanto la Regione Piemonte, come concordato nell'ambito del Coordinamento interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica, contribuisce al finanziamento delle attività di supporto al PNP e ai PRP svolte dai tre network mediante assegnazione della quota annuale del 5 per mille delle risorse vincolate assegnate al PNP</p>
OBIETTIVI	<p>Gli obiettivi di questa linea progettuale specifici per i tre Network sono i seguenti:</p> <p>Osservatorio Nazionale Screening</p> <p>- Realizzazione della survey nazionale delle attività dei programmi di screening effettuate nell'anno 2017; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalle Re-</p>



	<p>gioni; calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formazione a livello regionale e nazionale. - Attività di <i>quality assurance</i>. <p>Associazione Italiana Registri Tumori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estensione progressiva della copertura della registrazione regionale e nazionale dei Registri Tumori. - Accreditemento dei Registri Tumori e formazione permanente. - Analisi dei dati nazionali presenti nella banca dati AIR-TUM e produzione di materiale scientifico. - Produzione di materiale informativo per gli utenti e la comunità sanitaria. <p>Network per l'Evidence Based Prevention</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supporto alle Regioni per la pianificazione e valutazione dei piani regionali di prevenzione e l'orientamento alla scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'uso della matrice NIEBP. - Ricerca di interventi e programmi innovativi. - Sviluppo di una rete regionale di "antenne NIEBP" e formazione e disseminazione delle evidenze.
DESCRIZIONE	<p>Gli obiettivi del progetto verranno perseguiti attraverso le seguenti attività.</p> <p>L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) nell'ambito delle attività di supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e di supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale, svolgerà le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Realizzazione della Survey annuale per il monitoraggio dell'attività di screening oncologico (valutazione LEA).</i> Raccolta, elaborazione e produzione della survey annuale sull'andamento dei programmi di screening, elaborazioni degli indicatori, produzione di rapporti regionali in cui i risultati dei principali indicatori. Questa attività sfrutta il network esistente di tre centri (CPO Piemonte, Direzione Prevenzione-Coordinamento Screening Regione Veneto, ISPO Toscana, per cui ognuno esegue rispettivamente le survey cervicale e quella SQTm, quella colo-rettale, e la survey per il tumore della mammella). Produzione di articoli scientifici di valutazione più approfondita dei risultati. 2. <i>Introduzione della raccolta di dati individuali tramite la DWH nazionale di screening.</i> Supporto alle Regioni che richiederanno assistenza di carattere clinico-informatico per la predisposizione all'invio e la successiva spedizione dei dati individuali al sistema. Analisi periodica tramite cruscotto NSIS dei dati inviati e



trasformazione di questi negli indicatori per valutare la qualità dei programmi di screening.

3. Attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale

Per formazione intendiamo tutti i mezzi in grado di migliorare la qualità tecnico-professionale dei professionisti coinvolti nello screening, sia la qualità organizzativa/gestionale dei singoli programmi. Realizzazione, in accordo con le società scientifiche multidisciplinari, di corsi a livello nazionale, e apertura a professionisti di altre Regioni dei corsi che si tengono in una Regione per i propri operatori di screening, corsi FAD, utilizzo di piattaforme già esistenti in una data regione ecc. In particolare sarà da privilegiare la possibilità di stage formativi presso centri di eccellenza per lo screening di professionisti provenienti da altre Regioni. Sia i centri formativi che i corsi dovranno essere definiti a livello nazionale da parte dell'ONS.

4. Attività di Quality Assurance (QA)

Site-visit/audit (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale e Regionale) da parte di gruppi di professionisti individuati dall'ONS che, con metodiche standardizzate, analizzino a fondo le performance di un singolo programma aziendale/regionale ovvero sia di un intero sistema regionale, e successivamente in visite sul posto siano capaci di individuare le cause organizzative o tecniche professionali che le determinano. La struttura centrale di ONS si incaricherà di organizzare le singole site-visit, scegliere i professionisti, curare gli aspetti logistici. I professionisti devono ricevere un mandato formale da parte dell'ONS, riconosciuto dall'ente di appartenenza del professionista. Saranno sperimentate e messe in atto modalità di *quality assurance* sulla base degli standard degli indicatori di qualità e di attività prodotti dalle survey generalizzate all'insieme delle Regioni e dei programmi. Tali modalità comprenderanno l'esame da parte dei professionisti incaricati dei dati delle survey, la segnalazione ai responsabili delle criticità e la richiesta di una relazione sulle azioni intraprese e l'analisi dei dati before / after.

5. Promozione della ricerca in ambito di screening

Creazione di gruppi di lavoro e/o creazione di database di dati da analizzare al fine di approfondire tematiche conoscitive utili alla programmazione e al monitoraggio regionale. Ovviamente l'interesse di tali ricerche dovrà essere definito dall'ONS. A tal fine ONS (in accordo con le società scientifiche multi disciplinari) finanzia quanto necessario all'attività.



6. *Produzione di linee guida/procedure in ambito di screening*

7. *Sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati*

Attività svolta in collaborazione con le società scientifiche multidisciplinari. Produzione di materiale informativo per gli utenti e per la comunità sanitaria: lettere di invito e sollecito, informazione digitale e utilizzo di nuove tecnologie (siti internet sms-social). Il gruppo di lavoro realizzerà materiale utilizzabile e personalizzabile (inserendo i riferimenti locali, loghi ecc.) a disposizione di tutte le Regioni. Valutazione del materiale informativo prodotto dai singoli centri.

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM), nell'ambito delle attività di supporto scientifico e organizzativo all'attività dei Registri Tumori accreditati e in attività, promozione della standardizzazione delle regole di registrazione, formazione continuativa del personale, valutazione della qualità dei dati, e di supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale, svolgerà le seguenti azioni:

1. Integrazione tra i vari Registri Tumori (RT) italiani.

AIRTUM supporta le regioni per l'integrazione tra i vari RT italiani che già coprono l'intero territorio regionale (solo 4, per ora) e i RT che hanno una copertura provinciale o sub-provinciale assicurando un lavoro di "rete" tra i RT e rappresentandoli presso le istituzioni sia a livello nazionale che internazionale.

2. La Banca dati AIRTUM.

I dati dei RT regionali e locali vanno inviati alla Banca dati AIRTUM. La Banca dati nazionale contiene i dati di oltre tre milioni di malati di tumore e quasi un milione e mezzo di deceduti per cause oncologiche. La banca dati è consultabile attraverso una piattaforma d'interrogazione e analisi interattiva dei dati dei Registri (ITACAN) e produce report annuali di approfondimento sui dati epidemiologici salienti relativi alla diffusione del cancro in Italia. Tutte le pubblicazioni prodotte sono liberamente consultabili sul sito AIRTUM www.registri-tumori.it.

3. Copertura territoriale

Supporto alle regioni per garantire un ampliamento della copertura fino ad arrivare ad un livello regionale (come previsto dal recente DPCM che prevede l'istituzione di un RT nazionale e Centri di Riferimento Regionali). Ad oggi solo Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Basilicata e Veneto hanno un RT regionale. Tutte le altre regioni italiane hanno una copertura quasi regionale (Emilia-Romagna, Sicilia e Calabria) o almeno il 30% di



copertura. Solo due regioni (Molise e Abruzzo) non hanno nessun'area accreditata in AIRTUM. In Piemonte sono attivi il RT delle Province di Biella e di Vercelli e quello di Torino (che include la registrazione dell'incidenza della città di Torino dal 1985 al 2007 e dell'area metropolitana di Torino dal 2008 al 2012, è in corso la registrazione dei casi dell'intera Regione Piemonte per il biennio 2013-14).

4. Tempestività dei dati

Favorire la tempestività dei dati: si stanno adottando procedure di automazione soprattutto per le regioni che coprono aree ampie, ma sono a disposizione sistemi di tutoraggio e affiancamento per le altre regioni italiane.

5. Qualità dei dati

Obiettivo prioritario è la qualità dei dati raccolti. A tal fine è messo a disposizione delle Regioni un "check AIRTUM" per garantire uniformità e qualità della registrazione. Una volta inviati alla banca dati, i dati vengono sottoposti ad ulteriori controlli di qualità.

6. Formazione

Corsi di formazione a livello frontale, corsi di base e un corso avanzato (il cosiddetto Corso di Camerino); è stato implementato anche un corso FAD per la registrazione dei tumori.

7. Accreditamento

AIRTUM ha messo a punto delle procedure per la raccolta e l'analisi dei dati. I nuovi RT, prima di inviare i dati alla Banca dati, devono superare un percorso di accreditamento, fondamentale per garantire la qualità dei dati. I PT in attività possono chiedere ad AIRTUM un tutoraggio per garantire qualità ed omogeneità nella registrazione.

8. I dati per la ricerca, la programmazione e l'ambiente

Supporto alle Regioni per avvio di studi e indagini di carattere ambientale, per la ricerca, per la programmazione sanitaria e la valutazione di impatto degli screening oncologici.

9. I Numeri del cancro in Italia nel 2018

AIRTUM si impegna a garantire, per la prossima pubblicazione de *I numeri del cancro in Italia 2018*, il più ampio coinvolgimento delle regioni nella produzione e valutazione delle stime di incidenza, sopravvivenza e prevalenza per regioni.

Il Network Evidence-Based Prevention (NIEBP), nell'ambito delle attività di supporto alla pianificazione e alla valutazione dei piani regionali di prevenzione, di censimento, valutazione e messa a disposizione dei decisori delle politiche della prevenzione e degli operatori



del settore degli interventi di prevenzione efficaci, svolgerà le seguenti azioni:

1. Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione (PRP)

Messa a disposizione di documenti di efficacia e di interventi efficaci e trasferibili, su tutti i fattori di rischio identificati dal PNP. Utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze che raccoglie, per quasi tutti i principali fattori di rischio del PNP, le migliori evidenze di efficacia disponibili nella letteratura scientifica accreditata secondo un approccio standardizzato. La matrice è accessibile liberamente dal sito <http://niebp.agenas.it/>. Per le popolazioni target del PNP sono raccolte le principali Linee guida nazionali e internazionali, le revisioni sistematiche e gli interventi adottati in Italia di cui sono disponibili studi che ne abbiano verificato l'efficacia. I materiali sono stati selezionati attraverso strumenti standardizzati (quali AGREE II e il Quality Assessment Tool del portale Health Evidence), e le linee guida e le revisioni realizzate all'estero sono state sintetizzate in documenti in italiano: le Quick Reference Guide (QRG) e le Quick Summary Review (QSR). Supporto alle regioni per la scelta degli interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP attraverso l'utilizzo della matrice NIEBP delle evidenze.

2. Risposta a quesiti specifici provenienti dalle Regioni, riguardo all'efficacia di specifici interventi

Sviluppo di una rete regionale di "antenne" del NIEBP con funzione di interfaccia con i centri di ricerca, di gestione della domanda, ovvero dei quesiti sulla efficacia di interventi posti a livello regionale o locale, di disseminazione dell'uso delle prove di efficacia elaborate. Formazione dei collaboratori dei centri di ricerca e delle "antenne" regionali del NIEBP.

Risposta a quesiti specifici delle regioni rispetto alla eventuale efficacia di interventi di prevenzione non inclusi nel PNP (ad esempio screening per l'autismo, sigillatura dentale per la prevenzione della carie). Verrà effettuata una Rapid Review della letteratura al fine di sintetizzare i risultati di studi di valutazione.

3. Horizon scanning, ovvero ricerca attiva di interventi e programmi innovativi.

Tale attività si attiva per interventi prodotti dalle regioni e ancora da valutare, oppure presenti in letteratura e ancora da trasferire. Nel primo caso verrà dato supporto per la valutazione dell'intervento (come avvenuto ad esempio per Luoghi di Prevenzione o Paesaggi di Prevenzione), nel secondo verranno intrapresi percorsi di adattamento e disseminazione.

4. Formazione e disseminazione delle evidenze



	Completamento e aggiornamento della matrice NIEBP delle evidenze. Organizzazione di eventi di formazione e di aggiornamento rivolti a professionisti impegnati nell'attuazione o rimodulazione dei PRP. Costituzione di un sito internet che raccolga tutte le risorse di EBP dei siti del CCM, dell'ISS e delle società scientifiche
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	2017-2018
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>Osservatorio Nazionale Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> - avvenuta predisposizione delle schede per la raccolta dei dati per la survey nazionale delle attività di screening del 2017 - avvenuta predisposizione del Rapporto annuale per le Regioni ed invio del medesimo - produzione dei risultati delle due survey e presentazione al convegno nazionale dell'ONS - pubblicazione dei risultati nel sito dell'ONS <p>Associazione Italiana Registri Tumori</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corsi di formazione frontali per operatori di registri tumori. - Percorso di accreditamento e valutazione qualità dei dati per nuovi registri tumori. - Aggiornamento della Banca Dati AIRTUM con la casistica dei registri tumori Italiani (nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici). - Aggiornamento del sito internet ITACAN con la casistica dei registri tumori Italiani (inclusi nuovi registri accreditati e nuovi anni di incidenza per i registri storici). - Pubblicazione annuale del Volume "I numeri del cancro in Italia". - Pubblicazione del Volume "Rapporto AIRTUM sui trend temporali". <p>Network per l'Evidence Based Prevention</p> <ul style="list-style-type: none"> - completamento e aggiornamento della Matrice delle Evidenze del NIEBP http://niebp.agenas.it/, anche con l'elaborazione di linee guida originali di prevenzione, in accordo con il Sistema Nazionale Linee Guida - identificazione per ogni regione partecipante di un soggetto che funga da "Antenna" per svolgere il ruolo di interfaccia con il NIEBP - formazione delle "antenne" di tutte le regioni coinvolte - organizzazione di almeno 3 eventi formativi interregionali sulla prevenzione efficace e sull'uso degli strumenti sviluppati dal NIEBP - supporto alla programmazione di tutte le regioni che ne faranno domanda - risposta ad almeno 5 quesiti di efficacia che vengano posti dalle regioni - inizializzazione dell'horizon scanning, cioè della ricerca



	nelle fonti bibliografiche, di interventi che rispondano agli obiettivi del PNP ritenuti trasferibili ai nostri contesti - predisposizione di una procedura per il supporto alla valutazione di efficacia di interventi identificati come promettenti dalle Antenne - diffusione dei risultati.
RISULTATI ATTESI	Supporto alla realizzazione e al miglioramento, in termini di costo-efficacia, delle azioni previste dal PRP 2014-2018 in attuazione dei macro-obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione.

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

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

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



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

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. 27-6517 del 23/02/2018 "Attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella P.A. 2017-2019 e degli adempimenti in materia di Sanità digitale. Linee di indirizzo della sanità digitale Piemontese – Progetti regionali 2018-2020"
LINEA PROGETTUALE	5 - LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO
TITOLO DEL PROGETTO	Digitalizzazione e archiviazione dei documenti clinici sanitari prodotti dalle Aziende Sanitarie pubbliche che rientrano nel perimetro di consolidamento regionale (ASR) – FASE 2
DURATA DEL PROGETTO	2018-2019
REFERENTE	Settore regionale A1416B - Controllo di Gestione, Sistemi Informativi, Logistica Sanitaria e Coordinamento Acquisti (dot. Antonino RUGGERI)

ASPETTI FINANZIARI	
COSTO COMPLESSIVO DEL PROGETTO	Euro 2.748.687,00
IMPORTO ASSEGNATO A VALERE SULLA QUOTA DEL FSN VINCOLATO 2018	Euro 2.748.687,00
QUOTA EVENTUALE DELLA REGIONE A VALERE SUL FSN INDISTINTO 2018	

IL PROGETTO	
CONTESTO	La Direzione Sanità ha identificato le priorità di sviluppo dei sistemi informatico-informativi in ambito sanitario attraverso un nuovo modello di <i>governance</i> per uno sviluppo armonico dei sistemi aziendali da realizzare attraverso la programmazione, la progettazione, la realizzazione ed il



	<p>monitoraggio delle linee prioritarie di intervento, in coerenza con gli obiettivi definiti dalle linee guida sulla Strategia per la crescita digitale 2014-2020, dall'Agenda Digitale del Piemonte e dai Programmi operativi 2013-2015 del Piano di rientro regionale al fine di proseguire e rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria nel rispetto dei servizi sanitari (LEA) da erogare.</p> <p>Gli obiettivi sono coerenti con indicazioni e disposizioni nazionali nonché con le esperienze di altri contesti regionali inerenti la semplificazione della relazione con i cittadini e l'innalzamento della qualità percepita mediante l'informatizzazione, la dematerializzazione della documentazione e la piena accessibilità alle informazioni ed ai servizi, e la semplificazione dei processi nella P.A.</p> <p>Tali obiettivi sono tutti legati all'attuazione del Fascicolo Sanitario elettronico e all'evoluzione e diffusione dei servizi on line in genere che si integrano con le ulteriori iniziative regionali (finanziate tramite risorse POR-FESR ex D.G.R. 19-4900 del 20/4/20017 e quota indistinta del FSN ex D.G.R. 27-6517 del 23/2/2018) relative alla gestione della cronicità, realizzazione dei servizi e del centro servizi di telemedicina, ecc.</p>
DESCRIZIONE	<p>L'iniziativa nel complesso riguarda la digitalizzazione e l'archiviazione di documenti e dati clinico-sanitari prodotti dalle Aziende Sanitarie, funzionale alla realizzazione e alla fruizione di servizi digitali ad elevato valore aggiunto per i cittadini e gli operatori sanitari, e comprende interventi classificabili in 2 settori prevalenti:</p> <p>interventi sui sistemi informativo-informatici delle Aziende Sanitarie Regionali, realizzati secondo il modello architettonico regionale, finalizzati all'archiviazione, all'esposizione e alla condivisione di dati e documenti clinici;</p> <p>digitalizzazione dei dati e dei documenti clinici, realizzati secondo le specifiche e i processi definiti a livello nazionale, firmati digitalmente e resi disponibili nei formati richiesti;</p> <p>entrambi finalizzati a favorire la condivisione di dati clinici strutturati, la consultazione dei dati e documenti clinico-sanitari attraverso Fascicolo Sanitario Elettronico e Servizi <i>on line</i>, ed il governo del processo sotteso alla redazione collaborativa di documentazione clinica/sanitaria tra più soggetti che collaborano in un percorso di cura.</p>
OBIETTIVI	<p>Obiettivo dell'azione proposta è il rafforzamento del progetto complessivo di evoluzione dell'ecosistema della Sanità digitale piemontese in atto, coerente con i requisiti di</p>



	<p>interoperabilità definiti a livello nazionale, tramite interventi nelle aree non coperte da altre iniziative specifiche.</p> <p>Di seguito sono sinteticamente illustrati i principali assi di intervento che si intendono attuare: dotare le ASR del repository aziendale; aggiornare i sistemi aziendali al fine di produrre i Referti di radiologia (RIS) in formato PDF/A-2 comprensivo delle informazioni cliniche strutturate CDA 2 – HL7 (pubblicato da AGID); alimentare il FSE ad integrazione dei referti prodotti dai LIS con i seguenti documenti clinico-sanitari: LDO, VBS, AP e RIS; configurare il sistema aziendale PACS di gestione delle immagini DICOM per consentire: i) consultazione e visualizzazione delle immagini a bassa risoluzione da FSE; ii) scarico pacchetto referto e immagini DICOM ad alta risoluzione, incluso visualizzatore, da ROL e da FSE.</p>
TEMPI DI ATTUAZIONE (CRONOPROGRAMMA)	<p>2018: Definizione del "Piano degli interventi" a livello Regionale</p> <p>2019: DD di assegnazione risorse alle ASR e avvio degli interventi entro l'anno (SAL > 50%)</p> <p>2020: completamento degli interventi previsti dalla DD di assegnazione delle risorse alle ASR</p>
INDICATORI (di struttura, di processo, di risultato)	<p>n. Aziende sanitarie pubbliche del SSR: 15</p> <p>n. Tipologie documenti clinici interessati: 4 + Immagini (Fonte attestazione aziendale)</p> <p>Digitalizzazione e Alimentazione al FSE per ciascuna delle tipologie interessate > 90 % nel Biennio 2019-2020 (Fonte attestazione aziendale)</p>
RISULTATI ATTESI	<p>Contributo al completamento del processo di alimentazione del FSE con le tipologie di documenti previste dal DPCM 178/2015, (che per i cittadini saranno in larga parte disponibili anche tramite altri Servizi on line erogati dalle piattaforme regionali);</p> <p>Disponibilità di documenti clinico-sanitari e dati strutturati per gli operatori sanitari per favorire la continuità e l'efficacia dei percorsi di cura, in particolare per il mondo delle cronicità, nel rispetto delle logiche di protezione dei dati personali, sicurezza e interoperabilità adottate a livello nazionale;</p> <p>Promuovere i processi di digitalizzazione in ospedale a supporto della continuità delle cure dall'ospedale al territorio. A titolo esemplificativo il medico (MMG/PLS e specialista) - per il paziente che ha espresso il consenso alla consultazione - potrà consultare, ad integrazione dei referti di laboratorio, la documentazione clinica relativa ai seguenti documenti: LDO,</p>



	<p>VPS, AP, RIS;</p> <p>Favorire l'utilizzo della teledistribuzione, ovvero l'invio o la messa a disposizione dell'indagine di diagnostica per immagini al paziente (o suo delegato) e/o al medico - previo consenso alla consultazione del paziente - comprendente contestualmente le immagini e il referto strutturato al fine di formare un'unica entità documentale. Il suo impiego è, anche, giustificato allo scopo di ridurre il numero delle riproduzioni degli esami su supporti non digitali, razionalizzare gli spostamenti delle persone e favorire la messa a disposizione del referto unitamente alle immagini.</p>
--	---

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

La quota è assegnata alla GSA nel 2018 e ripartita con successivo atto nel 2019 come di seguito riportato:

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

ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	IMPORTO
ASL Città di Torino	114.000,00
ASL TO3	114.000,00
ASL TO4	214.000,00
ASL TO5	196.530,50
ASL VC	114.000,00
ASL BI	196.000,00
ASL NO	214.000,00
ASL VCO	197.000,00
ASL CN1	114.000,00
ASL CN2	114.000,00
ASL AT	114.000,00
ASL AL	114.000,00
TOTALE ASL	1.815.530,50
AOU Stugi	214.000,00
AOU Novara	114.000,00
AO S Croce e Carle	114.000,00
AO SS Antonio e Biagio e C. Arrigo	114.000,00
AO Ordine Mauriziano	163.156,50
AOU CSS di Torino	214.000,00
TOTALE AO	933.156,50
TOTALE ENTI SSR	2.748.687,00



