

Deliberazione della Giunta Regionale 23 luglio 2021, n. 8-3583

Recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 54/CSR e 56/CSR del 31/03/2020, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2020. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2020 assegnate con DGR n. 31-877 del 23/12/2019 e s.m.i. e presa d'atto della rendicontazione degli obiettivi di PSN anno 2019.

A relazione dell'Assessore Icardi:

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

visto lo Statuto della Regione Piemonte;

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

visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;

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

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

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

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

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

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

vista l'Intesa Rep. Atti n. 56/CSR, del 31/03/2020, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della Legge 23/12/1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2020;

visto l' Accordo Rep. Atti n. 54/CSR, del 31/03/2020, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2020;

preso atto che i citati accordi per le annualità 2019-2020 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di Piano Sanitario Nazionale:

	Linea Progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare specialistica	Linea Progettuale: Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Altre Linee Progettuali di PSN	TOTALE
Importi in euro	A	B	C	D=A+B+C
Esercizio 2019	8.127.473	19.505.935	60.136.444	87.769.856
Esercizio 2020	8.107.183	19.457.240	55.220.804	82.785.887

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

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

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

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

vista la D.G.R. n. 12 – 2524 del 11/12/2020 avente per oggetto "Recepimento dell'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, n. 127/CSR del 6 agosto 2020, concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025”;

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

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

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

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

dato atto che con D.G.R. n. 8-1783 del 31/07/2020 sono state approvate le schede di progetto regionali del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2019 assegnati agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 23-8257 del 27/12/2018 e D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019;

dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2020 sono state assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019 e D.G.R. n. 34 -2471 del 04/12/2020;

precisato che nel definire i Progetti Obiettivo di PSN 2019 e 2020 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 2019 sono coerenti con gli atti regionali di indirizzo e programmazione come sopra richiamati;

precisato che per l’anno 2019 la spesa del SSR concernente il supporto ai tre network (ONS AIRTUM NIEBP), pari complessivamente a euro 97.530 (quota parte della linea nazionale degli obiettivi da PSN vincolati pari a euro 19.505.935), è stata accantonata nel bilancio d’esercizio 2019 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 2020 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2020 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2020	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti multicronicità- anche in relazione all'emergenza COVID-19	54.950.801	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
3 - Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	8.107.183	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al Piano Nazionale della prevenzione	19.457.240	A1409B - Prevenzione e Veterinaria
TOTALE COMPLESSIVO	82.785.227	

Ritenuto di approvare la specifica relazione nell'allegato 4) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, ai sensi dei sopracitati accordi, che illustra per l'anno 2019 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. 8-1783 del 31/07/2020 e D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019;

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

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

attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 1-4046 del 17/10/2016, come modificata dalla D.G.R. 1-3361 del 14/06/2021;

tutto ciò premesso e considerato;

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

delibera

- di recepire l'Intesa Rep. Atti n. 56/CSR, del 31/03/2020, 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 2020, allegato 1) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
- di recepire l'Accordo Rep. Atti n. 54/CSR, del 31/03/2020, 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 2020, allegato 2) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
- di approvare il Piano Regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2020 illustrato nell'allegato 3 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale coerente con quanto assegnato, realizzato o accantonato dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale nell'esercizio 2020 in attuazione della D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019 e D.G.R. n. 34 -2471 del 04/12/2020 di riparto del fondo Sanitario Nazionale;
- di dare atto che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, destinatari della quota di Fondo vincolato come declinato nell'Allegato 3) del presente provvedimento, in attuazione alle indicazioni regionali hanno contabilizzato le risorse, sostenuto o accantonato la spesa relativa alle linee progettuali di Piano Sanitario Nazionale 2020 nel bilancio d'esercizio 2020;
- di prendere atto della relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno 2019 e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali nell'allegato 4) al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale in coerenza con le schede progettuali approvate con D.G.R. n. 8-1783 del 31/07/2020;
- 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

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 2020.

Rep. Atti n. *54/CSR del 31 marzo 2020*

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

Nella odierna seduta del 31 marzo 2020:

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";



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";

VISTA l'Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2019 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 28 novembre 2019 (Rep. Atti n. 192/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 28 novembre 2019 (Rep. Atti n. 191/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 2019 ed è stato definito l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni;

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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il Patto per la salute per gli anni 2019 – 2021 (Rep. Atti n. 209/CSR del 18 dicembre 2019) (di seguito Patto della Salute) che alla Scheda 1 "Fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e fabbisogni regionali recita: *"Governo e Regioni si impegnano a semplificare la procedura di attribuzione degli obiettivi di piano con particolare riferimento alle modalità di rendicontazione basate su indicatori che dovranno valorizzarne i risultati; con riferimento agli aspetti finanziari si conviene di individuare soluzioni volte ad accelerare la messa a disposizione delle regioni delle risorse all'uopo destinate. Le modalità devono essere concordate e approvate con intesa Stato Regioni;*

VISTA la scheda 12 "Prevenzione" della suddetta Intesa concernente il Patto per la salute 2019-2021 che recita: *"Governo e Regioni convengono di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società e la tutela della, favorendo l'integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Convengono altresì, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche" e in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030), sulla necessità di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute, di rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione); di orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (approccio life course), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili";*

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);



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 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);

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 di Bolzano concernente la proroga del Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani regionali della prevenzione 2014-2018 (Rep. Atti n. 247/CSR del 21/12/2017);

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 del 30 marzo 2020, diramata in pari data, alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano a cura di questo Ufficio di Segreteria;

VISTA l'Intesa sancita in questa Conferenza in data 31 marzo 2020, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e del decreto legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1novies, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2020 (Rep. Atti n. ~~56/CSR~~ ^{56/CSR});

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE:

- il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008, approvato con il DPR 7 aprile 2006, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto Rep. 2271/2005), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità e le disomogeneità territoriali, impegna Stato e Regioni nell'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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 2019-2021, nella scheda 8 "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale", ha sottolineato esplicitamente la necessità di promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali;
- i provvedimenti adottati in merito alla pandemia COVID-19 hanno richiesto una tempestiva ed importante risposta del Servizio sanitario nazionale e l'adozione anche di misure straordinarie che hanno interessato tutto il territorio nazionale;

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell'anno 2020 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 2020 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 - anche in relazione all'emergenza Covid 19;
 - linea progettuale Promozione dell'equità in ambito sanitario;
 - linea progettuale Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica - con vincolo di risorse pari a 100 milioni di euro;
 - linea progettuale Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione - con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al Supporto PNP-Network;
 - linea progettuale La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio - anche in relazione all'emergenza Covid 19.
3. a seguito della stipula dell'Intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2020, espressa nella



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Conferenza Stato-Regioni del 31 marzo 2020 (Rep. Atti n. 5.6/CSR) 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 2020;

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:
- presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network; linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore,
 - 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. il progetto Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi, in coerenza con le previsioni del Patto per la salute 2019-2021 per la pianificazione del nuovo PNP (2020-2025):
- gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire e le relative azioni;
 - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili ed i costi connessi;
 - gli indicatori di valutazione quali-quantitativa degli interventi proposti;
6. i progetti delle restanti linee progettuali dovranno essere elaborati seguendo la scheda progetto di cui all'allegato C del presente Accordo, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
7. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2020, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente;
8. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
9. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4., ovvero non vengano approvati, in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti

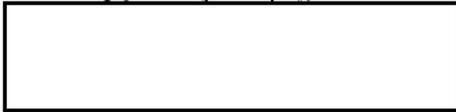


Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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

Il Segretario
Cons. Adriana Piccolo



Il Presidente
Francesco Boccia



ALLEGATO A

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

Anno -2020

1. Linea progettuale:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA' - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19

Premessa

L'edizione dell'anno 2019 del rapporto Health at a Glance evidenzia che quasi un adulto su dieci ritiene di non avere una buona salute e, in particolare, che tale percezione è collegata alla presenza di almeno una malattia cronica. Inoltre, lo stesso, precisa che quasi un terzo degli adulti, nei Paesi membri e nei Paesi partner dell'OCSE, è affetto da due o tre malattie croniche. La situazione nel nostro Paese viene rappresentata nell'annuario statistico anno 2019 dell'Istat nel quale viene riportato che, in riferimento all'anno 2018, circa il 41% dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche). Pertanto il dato, confrontandolo con quello dell'anno 2017, presenta un incremento di circa 1 punto percentuale. Inoltre, il 21,5 per cento della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra settantacinquenni la multicronicità si attesta al 66,6 per cento (57,6 per cento tra gli uomini e 72,9 per cento tra le donne). Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'ipertensione (18,1 per cento), l'artrosi/artrite (16,4 per cento), le malattie allergiche (11,6 per cento), l'osteoporosi (8,1 per cento), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6,0 per cento), il diabete (5,6 per cento).

Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne. Lo svantaggio femminile nelle età più anziane si inverte solo per bronchite cronica e malattie del cuore. Pertanto, gli uomini di 75 anni e più sono più colpiti da malattie cardiologiche (18,2 per cento) rispetto alle loro coetanee (13,5 per cento) e da bronchite cronica (19,4 per cento contro 15,6 per cento).

Il rapporto Osservasalute 2018 dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma presenta uno studio svolto su una proiezione, a dieci anni, del fenomeno della cronicità nel nostro Paese, tenendo conto dei dati ISTAT. Nell'anno 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i multicronici saranno 14 milioni. La patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12 milioni di persone affette nel 2028, mentre l'artrosi/artrite interesserà 11 milioni di italiani; per entrambe le patologie ci si attende 1 milione di malati in più rispetto all'anno 2017. Tra 10 anni, le

persone affette da osteoporosi, invece, saranno 5,3 milioni, 500 mila in più rispetto al 2017. Inoltre, gli italiani affetti da diabete saranno 3,6 milioni, mentre i malati di patologie cardiologiche saranno 2,7 milioni. In riferimento alle diverse fasce della popolazione, nell'anno 2028, tra la popolazione della classe di età 45-74 anni, gli ipertesi saranno 7 milioni, quelli affetti da artrosi/artrite 6 milioni, i malati di osteoporosi 2,6 milioni, i malati di diabete circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione. Inoltre, tra gli italiani ultra 75enni 4 milioni saranno affetti da ipertensione o artrosi/artrite, 2,5 milioni da osteoporosi, 1,5 milioni da diabete e 1,3 milioni da patologie cardiache.

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

L'Istat nel Rapporto 2019 sui "Sustainable Development Goals (SDGs) adottati con l'Agenda 2030", relativi all'anno 2017, evidenzia che in Italia continua ad aumentare la speranza di vita che porta ad un contesto epidemiologico sempre più caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e, quindi, ad un rischio di probabile incremento delle malattie croniche molto spesso derivate da stili di vita non corretti. I dati rilevati sui alcuni target del goal 3 evidenziano che il tasso standardizzato di mortalità tra 30-69 anni per tumori maligni, diabete mellito, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche è in costante diminuzione dal 2004, soprattutto tra i maschi, che tuttavia ancora presentano tassi del 70%, più alti rispetto alle femmine. Dopo la battuta di arresto rilevata nell'anno 2015, si è avuta, nell'anno 2017, una ripresa della diminuzione di tali tassi. Pertanto, facendo un'analisi prospettica, l'obiettivo proposto per il 2030, nell'ipotesi che si mantengano i tassi di decremento medi osservati tra il 2004 e il 2016, sembra raggiungibile per l'Italia.

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

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

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



Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE), ha pubblicato, nel settembre 2016, le linee guida dal titolo "Multimorbidity: clinical assessment and management" che stabiliscono: quali sono le persone che hanno maggiori probabilità di trarre beneficio da un approccio alla cura che tenga conto della multimorbidità, 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 multimorbidità.

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

I primi dati italiani, raccolti dall'Istituto Superiore di Sanità, relativi alla pandemia causata dal virus SARS-CoV-2, hanno evidenziato che i malati cronici sono quelli più a rischio di sviluppare forme gravi di COVID 19. Inoltre, i dati relativi ai primi decessi hanno rilevato la presenza di una o più malattie croniche, diagnosticate prima della pandemia.

Particolare attenzione è rivolta ai malati con patologie rare che, durante l'emergenza COVID-19, hanno rischiato di ammalarsi o di peggiorare le proprie condizioni di salute, che sono dovuti uscire di casa per acquistare farmaci o per continuare le cure e che non hanno potuto rinunciare ad avere contatti diretti con un caregiver familiare che avrebbe potuto essere una potenziale fonte di contagio.

Aree prioritarie di intervento

Tanto detto, le Regioni sono invitate, con la realizzazione di un unico progetto sulla multimorbidità, 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 multimorbidità, 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 (appuntamento multipli).

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

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

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

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

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

2. Linea progettuale:

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

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 da superare per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), intendono impegnarsi per lavorare insieme e sostenere gli Stati membri nell'adozione di azioni multisettoriali coordinate ad eliminare la discriminazione in ambito sanitario.

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

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



L'OMS nel "Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report", anno 2019, ha rilevato che le disuguaglianze di salute in molti dei 53 Paesi europei, sono rimaste le stesse o sono peggiorate nonostante i tentativi da parte dei governi di affrontarle. In particolare, il rapporto identifica anche i gruppi, nuovi ed emergenti, a rischio di esiti di salute peggiori, come per esempio i giovani che abbandonano presto la scuola potrebbero andare incontro a problemi di salute mentale e povertà a causa di lavori precari e frequenti periodi di disoccupazione. Inoltre, sono considerati meno ricchi al 20% coloro che, a causa di una malattia, sono limitati nelle attività quotidiane, con conseguente riduzione della possibilità di rimanere nel mercato del lavoro e aumento del rischio di povertà ed esclusione sociale. Il rapporto ha identificato anche 5 fattori critici, su cui intervenire, che favoriscono le disuguaglianze di salute nella regione europea e ha assegnato a ciascuno di essi una percentuale: sicurezza del reddito e protezione sociale (35%), condizioni di vita (29%); capitale sociale e umano (19%), accesso e qualità dell'assistenza sanitaria (10%) e condizioni di impiego e di lavoro (7%).

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

La pandemia causata dalla malattia COVID-19 rappresenta un'ulteriore opportunità per rafforzare il diritto di tutti ad avere accesso alle cure sanitarie ed equità nel trattamento intensivo, a garantire opportuni dispositivi di protezione individuale a tutti gli operatori sanitari e ad implementare l'acquisizione delle attrezzature sanitarie necessarie.

Aree prioritarie di intervento

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

- Ridurre le barriere per gli operatori sanitari:
 - garantire il rispetto dei diritti del lavoro, in particolare quelli relativi alla sicurezza e salute sul luogo di lavoro e al contrasto delle discriminazioni e della violenza,
 - sostenere gli operatori sanitari nelle loro responsabilità legali ed etiche, anche per quanto riguarda la promozione dei diritti umani.
- Ridurre le barriere per l'accesso dei pazienti alle strutture sanitarie: le difficoltà relative agli aspetti organizzativi, alle barriere architettoniche, ecc.
- Potenziare i meccanismi di segnalazione, monitoraggio e valutazione della discriminazione in ambito sanitario.
- Garantire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie.
- Migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili (persone che vivono in zone degradate o in ristrettezze economiche, i disoccupati o le persone in situazioni di lavoro nero, le persone senza fissa dimora, i disabili, le persone con malattie croniche o mentali, gli anziani con pensioni basse e le famiglie monoparentali).
- Favorire eventi formativi per il personale sanitario sui loro diritti, i ruoli e le responsabilità per promuovere l'equità in ambito sanitario.

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

3. Linea progettuale:

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

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

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

Premessa

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

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

Recentemente, il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” ha definito che la rete per la terapia del dolore deve essere articolata, all’interno della rete globale



ospedaliera, come integrazione tra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. Inoltre, il DM 70/2015 prevede, per il centro ospedaliero di terapia del dolore con degenza, un bacino d'utenza minimo di 2,5 milioni di abitanti, mentre per il centro ambulatoriale un bacino di utenza compreso tra 0,5 e 0,3 milioni di abitanti.

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

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

Pertanto, i nodi della rete sono:

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

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

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 rispondono ai bisogni assistenziali di alta complessità relativi all'analgesia e alle cure palliative pediatriche, è necessario sviluppare una governance integrata di sistema a livello nazionale. Pertanto, in area pediatrica, lo sviluppo di reti delle cure palliative e della terapia del dolore ha una rilevante valenza non solo all'interno di ogni singola Regione, ma prevalentemente a livello nazionale.

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

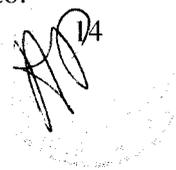


ospedalieri, gli accessi in pronto soccorso, le visite specialistiche e migliora la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari.

Aree prioritarie di intervento

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

- Assicurare il controllo del dolore e le cure palliative pediatriche quale diritto alla salute per qualunque patologia, per tutte le fasce dell'età pediatrica ed in ogni luogo di cura, mediante la realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici, riabilitativi e di supporto.
- Disporre di almeno un centro specialistico di riferimento regionale o sovraregionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Tale centro rappresenta il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della rete regionale e si avvale del sistema informativo regionale.
- Avere la possibilità di fornire risposte residenziali (es. hospice pediatrico), alternative all'ospedale per acuti, dove, in caso di necessità diagnostica/terapeutica, il minore e la famiglia possano essere accolti per garantire la continuità di cura.
- Possedere strutture/servizi/competenze di terapia del dolore e cure palliative rivolte al paziente pediatrico. I due livelli di intervento, strettamente integrati tra loro, sono:
 - Gestione specialistica, eseguita dalle equipe/centro multispecialistico di riferimento.
 - Gestione generale, eseguita dal personale medico e infermieristico dei reparti di pediatria/strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta/MMG, adeguatamente preparati e supportati dal personale del centro di riferimento.I due livelli condividono, in particolare, le procedure clinico-diagnostiche e gli strumenti della telemedicina (teleconsulto, ecc.).
- Identificare il raccordo con i servizi socio-educativi al fine di permettere al minore un recupero/mantenimento delle relazioni sociali e scolastiche fondamentali per la qualità della vita e per la crescita.
- Garantire la risposta ai bisogni educativi e sociali essenziali del minore al fine di salvaguardare la qualità della sua vita e la possibilità di crescita, nonché dei bisogni spirituali.
- Organizzare una rete che integri i diversi ambiti assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, ecc.) al fine di garantire la continuità delle cure mediante: la reperibilità continuativa di un operatore sanitario, l'unicità di riferimento in caso di passaggio del regime assistenziale, la condivisione continua del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza del caso indipendentemente dalla sede di gestione.
- Disporre, nell'equipe dedicate al paziente pediatrico, di figure multiprofessionali con competenze diverse in grado di rispondere ai molteplici bisogni che il dolore e la malattia possono determinare.
- Programmare piani di formazione di base continua sul dolore e sulle cure palliative pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio, nonché di formazione specialistica sul caso, rivolta ai professionisti coinvolti nella presa in carico della qualità della vita del minore e della sua famiglia.
- Utilizzare strumenti utili al monitoraggio della qualità della vita del paziente e della sua famiglia.
- Garantire l'informazione continua alla famiglia sulla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.
- Supportare la famiglia sia a livello clinico e organizzativo che psicologico e spirituale. Inoltre deve essere garantito il supporto al lutto non solo ai genitori, ma anche agli eventuali fratelli, agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto.



- Predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella rete.
- Stabilire procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si potrebbero verificare, anche per eventuali segnalazioni al comitato etico aziendale di riferimento.
- Sviluppare programmi di informazione specifici e mirati sulla rete.
- Valutare, con regolarità, la qualità percepita dal minore (se possibile) e dei familiari sulle cure prestate.

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

Si evidenzia come la pandemia da COVID-19 ha impattando duramente anche sulla gestione dei reparti di Cure palliative, sugli Hospice e sulle Cure domiciliari rilevandone, nel contempo, il loro valore proprio nell'anno che vede l'anniversario di 10 anni della legge 38/2010. Anche le attività svolte nell'ambito della terapia del dolore hanno dimostrato, in questo particolare contesto storico che si sta vivendo, quanto sia importante accompagnare i malati in questi stati gravosi di sofferenza arrivati all'improvviso.

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

4. Linea progettuale:

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

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

L'articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori.

- **Obiettivo prioritario: “Piano nazionale della prevenzione”**
- **Obiettivo prioritario: “Supporto al Piano nazionale della prevenzione”**



Obiettivo prioritario: “Piano nazionale della prevenzione (PNP)”

Per tale obiettivo prioritario, non si dettaglia il contenuto in quanto, nelle more dell'adozione del nuovo PNP (2020-2025) secondo le previsioni del Patto per la salute 2019-2021, si fa riferimento, per la pianificazione e la rendicontazione 2020, agli obiettivi di prevenzione individuati dal Patto per la salute o da specifici atti che, nelle more dell'adozione del Piano regionale di prevenzione (PRP) 2020-2025 e per dare continuità alle azioni territoriali di prevenzione collettiva e promozione della salute, le Regioni e le Province autonome approvano per l'anno 2020.

A tal fine le Regioni devono presentare e rendicontare un progetto coerente con il PRP vigente e con il relativo sistema di monitoraggio e valutazione.

Obiettivo prioritario: “Supporto al Piano nazionale della prevenzione”

Per quanto riguarda l'obiettivo prioritario “*supporto*” al Piano medesimo, sia dal punto di vista del livello centrale di governo sia da quello delle Regioni, gli 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 2014-2019 (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.

A handwritten signature in black ink is visible in the bottom right corner of the page. Below the signature, there is a faint circular stamp or seal, possibly an official mark or a date stamp, though the details are not clearly legible.

Nell'ambito del suddetto vincolo di 240 milioni di euro, per il PNP **le Regioni devono presentare lo stato di avanzamento del proprio PRP.**

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

5. Linea progettuale:

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19

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. 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), 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 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'auto-assistenza.

La telemedicina è principalmente uno strumento di diagnosi/monitoraggio a distanza dei pazienti che permette di individuare e monitorare le terapie appropriate 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

AP 17

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.

La pandemia da SARS - CoV- 2 ha evidenziato come sia importante, in ambito sanitario, monitorare, anche con forme di teleassistenza, i casi contagiati e i decessi, avere a disposizione metodologie e strumentazioni di laboratorio per la diagnosi precoce, per effettuare un appropriato monitoraggio dei malati. Inoltre, l'immediata disponibilità della teleassistenza, per i pazienti ricoverati a casa, in caso emergenza sanitaria globale, potrebbe facilitare non solo l'assistenza ai pazienti ma anche la riduzione dei contagi/contatti. Infine, la possibilità di utilizzare delle app per svolgere un controllo delle condizioni di salute, anche in autonomia, potrebbe essere utile nella routine e fondamentale in caso di possibile emergenza sanitaria.

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.

ALLEGATO B

chieda sul 1120734



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 2020

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2020
L.021.134.264 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2020 (al 01.01.2019)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	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	4.356.406	4.356.406	79.004.241	-	3.780.986	82.785.227	8.107.183	19.457.240	97.286
VAL D'AOSTA	125.666	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.060.574	10.060.574	182.450.399	-	8.731.714	191.182.112	18.722.524	44.934.059	224.670
BOLZANO	531.178	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	541.098	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.905.854	4.905.854	88.968.583	-	4.257.860	93.226.443	9.129.695	21.911.268	109.556
FRIULI	1.215.220	-	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.550.640	1.550.640	28.121.148	-	1.345.822	29.466.970	2.885.710	6.925.703	34.629
EMILIA R.	4.459.477	4.459.477	80.873.453	-	3.870.443	84.743.896	8.298.996	19.917.591	99.588
TOSCANA	3.729.641	3.729.641	67.637.740	-	3.237.008	70.874.748	6.940.786	16.657.887	83.289
UMBRIA	882.015	882.015	15.995.508	-	765.513	16.761.021	1.641.412	3.939.389	19.697
MARCHE	1.525.271	1.525.271	27.661.076	-	1.323.804	28.984.880	2.838.498	6.812.396	34.062
LAZIO	5.879.082	5.879.082	106.618.256	-	5.102.538	111.720.794	10.940.853	26.258.046	131.290
ABRUZZO	1.311.580	1.311.580	23.785.750	-	1.138.339	24.924.088	2.440.824	5.857.977	29.290
MOLISE	305.617	305.617	5.542.422	-	265.249	5.807.671	568.747	1.364.993	6.825
CAMPANIA	5.801.692	5.801.692	105.214.774	-	5.035.370	110.250.144	10.796.831	25.912.395	129.562
PUGLIA	4.029.053	4.029.053	75.067.653	-	3.496.872	76.564.505	7.497.986	17.995.166	89.976
BASILICATA	562.869	562.869	10.207.735	-	488.522	10.696.257	1.047.488	2.513.971	12.570
CALABRIA	1.947.131	1.947.131	35.311.586	-	1.689.942	37.001.529	3.623.571	8.696.571	43.483
SICILIA (*)	4.999.891	4.999.891	90.673.962	44.529.983	-	46.143.979	4.518.894	10.845.347	54.227
SARDEGNA	1.639.591	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.339.546	56.306.793	1.021.134.264	-	44.529.983	1.021.134.264	100.000.000	240.000.000	1.200.000

(*) 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.

ALLEGATO C

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

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

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

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

	<input type="radio"/> Costi		
	<input type="radio"/> Costi		

	RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
5	<i>RISORSE NECESSARIE</i>	<i>N. RISORSE</i>	<i>NOTE</i>
	<input type="radio"/> Disponibili		
	<input type="radio"/> Da acquisire		

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

[Handwritten signature]
20

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo

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

10	RISULTATI ATTESI
	A breve termine, che indicano i miglioramenti

Handwritten signature and circular stamp in the bottom right corner of the page.

	apportati dal progetto	
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	

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

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

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

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



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





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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 2020.

Rep. Atti n. *56/CSR* 31 marzo 2020

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

Nella odierna seduta del 31 marzo 2020:

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 34-bis del predetto articolo 1, come modificato dall'articolo 79, comma 1-quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede che, con decorrenza dall'anno 2009, e dal comma 1 dell'articolo 3-bis, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, aggiunto dalla legge di conversione 6 giugno 2013, n. 64, 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, provvede 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 2020, 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 acquisizione dell'intesa da parte di questa Conferenza sulla proposta di ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale, in applicazione dell'articolo 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dall'articolo 3-bis, D.L. 8 aprile 2013, n. 35, aggiunto dalla legge di conversione 6 giugno 2013, n. 64. In sede di stipula dell'Accordo Stato-Regioni sulle predette linee guida si 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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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 30 marzo 2020, diramata in pari data, con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2020, Allegato A al presente atto, di cui ne costituisce parte integrante;

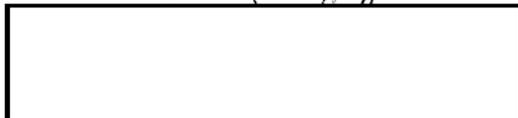
CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome hanno espresso avviso favorevole sulla proposta del Ministero della salute;

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

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2020, come da Allegato sub A) al presente atto di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Segretario
Cons. Adriana Piccolo



Il Presidente
On. Francesco Boccia





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.IV DGPROGS

Proposta di deliberazione per il CIPE

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2020: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

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

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

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2020, con riferimento al Piano Sanitario Nazionale vigente, da predisporre sulla scorta delle linee guida individuate con apposito Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

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

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

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

Sul FSN 2020 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 **1.021,134 mln** di euro, a valere sui complessivi predetti 1.500,00 mln di euro con i criteri già utilizzati negli anni precedenti, su base capitaria, 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 478,866 mln di euro, sono destinati:

- **336,000 mln** di euro per il finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'art. 1, c. 400, della Legge n. 232/2016;
- **1,466 mln** di euro per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP, determinata sulla base dei dati di produzione relativi all'anno 2017.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la somma di **141,400 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) **€ 18 milioni**, ai sensi dell'articolo 1, comma 406, della legge 205/2017, per la sperimentazione della remunerazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153 del 2009, per il triennio 2018-2020;
- d) **€ 5 milioni** da destinarsi all'Istituto superiore di sanità per l'attività di valutazione delle linee guida nell'ambito del sistema nazionale linee guida, anche in relazione a quanto disposto dall'articolo 5 della legge 24/2017 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", previa presentazione di una relazione da sottoporre al preventivo parere della Conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute;
- e) **€ 1,500 milioni** in favore del Centro Nazionale Sangue, ai sensi dell'articolo 1, comma 439, della legge 205/2017;
- f) **€ 20,400 milioni** per lo sviluppo di una rete nazionale di officine farmaceutiche da individuarsi a cura delle regioni secondo requisiti di accreditamento preventivamente stabiliti per la produzione di terapie geniche (CAR T Cells). Tale quota consente la copertura di oneri di gestione delle predette officine farmaceutiche connessi a progetti le cui modalità di concreta realizzazione saranno individuate con successivo decreto interministeriale, previa Intesa della Conferenza Stato-Regioni. Con il predetto decreto saranno individuate sia le strutture presso le quali opereranno le officine farmaceutiche, secondo i requisiti di accreditamento preventivamente stabiliti, sia le regioni destinatarie delle risorse necessarie per la realizzazione del progetto;

- g) € 2 milioni destinati alla copertura degli oneri previsti dall'articolo 12, comma 3, ultimo periodo del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, relativi alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021, da ripartirsi successivamente tra le regioni secondo i criteri individuati nella citata norma e sulla base dei dati che dovranno essere forniti dalle stesse regioni;
- h) € 32,500 milioni ai sensi all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172, e ripartiti con apposito decreto del Ministro della salute, come modificato dal combinato disposto dell'art. 38, comma 1-novies del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 giugno 2019, n. 58 e dall'art.5, comma 5-bis del decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162 convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2020, n.8;
- i) € 8 milioni destinati al finanziamento in favore delle Università statali, a titolo di concorso alla copertura degli oneri connessi all'uso dei beni destinati alle attività assistenziali di cui all'articolo 8, comma 4, del citato decreto legislativo n. 517 del 1999, secondo le condizioni dettate dall'art. 25, comma 4-novies e 4-decies, del D.L. 162/2020;
- j) € 30 milioni destinati al finanziamento sperimentale dello screening gratuito, destinato ai nati negli anni dal 1969 al 1989, tossicodipendenti nonché detenuti in carcere, al fine di prevenire eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV), ai sensi dell'art. 25-sexies, del D.L. 162/2020;
- k) € 4 milioni destinati dal comma 552 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018 n. 145 alla copertura di quanto disposto dal comma 551 della stessa legge in ordine all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con un fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'IVA inferiore a euro 150.000.

Si allega alla presente proposta la tabella nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di **1.021,134** 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.

Il Ministro della Salute



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2020

1.500.000.000 Importo iniziale

-18.000.000 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 malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (INMP)

-10.000.000 supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità

-5.000.000 progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida

-1.465.736 finanziamento prestazioni dell'OPBC a favore dei minori STP

-33.000.000 fondo medicinali innovativi (art. 1, c. 400, L. 232/2016)

-20.000.000 progetto CAR T CELLS

-2.000.000 finanziamento organizzazione corsi di formazione specifica di medicina generale anni 2019, 2020 e 2021, ai sensi art.12, comma 3, ultimo periodo del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con

modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60

-32.500.000 finanziamento di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172

finanziamento in favore delle Università statali a titolo di concorso alla copertura degli oneri connessi all'uso dei beni destinati alle attività assistenziali secondo le condizioni dettate dall'art. 25, comma 4-no vies, del D.L. 162/2020

-8.000.000 finanziamento per lo screening gratuito, destinato ai nati negli anni dal 1969 al 1989, tossicodipendenti nonché detenuti in carcere, al fine di prevenire eliminare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV), ai

sensi dell'art. 25-sexies, del D.L. 162/2020.

-4.000.000 riduzione percentuale di sconto farmacie (art. 1 co 551 e 552, L. 145/2018)

L.021.134.264 Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2019	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	4.356.406	4.356.406	79.004.241	-	3.780.986	82.785.227	57.949.659	24.835.568
VAL D'AOSTA	125.666	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.060.574	10.060.574	182.450.399	-	8.731.714	191.182.112	133.827.479	57.354.634
BOLZANO	531.178	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	541.098	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.905.854	4.905.854	88.968.583	-	4.257.860	93.226.443	65.258.510	27.967.933
FRIULI	1.215.220	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.550.640	1.550.640	28.121.148	-	1.345.822	29.466.970	20.626.879	8.840.091
EMILIA R.	4.459.477	4.459.477	80.873.453	-	3.870.443	84.743.896	59.320.727	25.423.169
TOSCANA	3.729.641	3.729.641	67.637.740	-	3.237.008	70.874.748	49.612.325	21.262.424
UMBRIA	882.015	882.015	15.995.508	-	765.513	16.761.021	11.732.716	5.028.306
MARCHE	1.525.271	1.525.271	27.661.076	-	1.323.804	28.984.880	20.289.416	8.695.464
LAZIO	5.879.082	5.879.082	106.618.256	-	5.102.538	111.720.794	78.204.556	33.516.238
ABRUZZO	1.311.580	1.311.580	23.785.750	-	1.138.339	24.924.088	17.446.862	7.477.227
MOLISE	305.617	305.617	5.542.422	-	265.249	5.807.671	4.065.371	1.742.301
CAMPANIA	5.801.692	5.801.692	105.214.774	-	5.035.370	110.250.144	77.175.101	33.075.043
PUGLIA	4.029.053	4.029.053	73.067.633	-	3.496.872	76.564.505	53.595.153	22.969.351
BASILICATA	562.869	562.869	10.207.735	-	488.522	10.696.257	7.487.381	3.208.877
CALABRIA	1.947.131	1.947.131	35.311.586	-	1.689.942	37.001.529	25.901.070	11.100.459
SICILIA (*)	4.999.891	4.999.891	90.673.962	44.529.983	-	46.143.979	32.300.786	13.843.193
SARDEGNA	1.639.591	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.359.546	56.306.793	1.021.134.264	-	44.529.983	1.021.134.264	714.793.988	306.340.276

(*) 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.

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2020

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

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti multicronicita' - anche in relazione all'emergenza COVID-19
---------------------------------------	--

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

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

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

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

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019 D.G.R. n. 34 -2471 del 04/12/2020	54.950.801,00
Eventuali Risorse Regionali	NO	quota di riparto delle AASSRR

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO
--

Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		I costi sono ripartiti fra le ASL, i base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del S.S.R. in applicazione della D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 34-2471 del 04/12/2020 (Tabella B).
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		

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

<p>ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc</p>	<p>La popolazione residente in Piemonte al 31.12.2019 ammonta a 4.311.217, di cui 2.096.058 uomini e 2.216.159 pari al 51,4% donne, in lieve diminuzione rispetto al 2016 quando la popolazione totale era di 4.392.526 abitanti di cui 2.129.403 uomini e 2.263.123 (51,5%) donne. Le previsioni ISTAT della popolazione relative al periodo 2018-2038 indicano una diminuzione della popolazione piemontese di circa 153.500 unità: tale perdita è determinata dall'intensificazione del processo di invecchiamento e dalla bassa natalità che caratterizza da tempo la regione. La perdita di popolazione riguarda soprattutto la classe di età 45-64 anni (258.000 unità in meno) e in secondo luogo la popolazione con meno di 18 anni (83.500). Per contro la popolazione anziana segnala un incremento che investe sia la classe 65-74 anni (+144.300 unità), sia la classe di età superiore ai 74 anni (+140.200 unità). Il deciso decremento della fascia di età 45-64 anni è spiegato dalla sostituzione, mano a mano che ci si avvicina al 2038, dei "baby boomers" di fine anni '50 e '60, con le generazioni nate nel periodo di denatalità negli anni '70-'90. Le generazioni dei "baby boomers" stanno infatti passando nelle età più mature, producendo un deciso aumento della popolazione in quelle età. In sostanza, una popolazione meno numerosa, in sintesi, ma con più problemi sanitari. La risultanza dell'aumento della speranza di vita, della riduzione della mortalità e della costante riduzione dei tassi di natalità, è rappresentata dall'aumento dell'indice di vecchiaia, ovvero dal rapporto percentuale tra gli over 65 e gli under 14. Si può ragionevolmente dedurre che il Piemonte, al pari del resto di Italia, sta gradualmente cambiando il proprio profilo socio-demografico verso un futuro caratterizzato da una maggior prevalenza di popolazione anziana rispetto alla popolazione attiva. I cambiamenti epidemiologici stanno pertanto determinando anche un mutamento negli scenari di cura. Oggi il quadro epidemiologico è caratterizzato da bisogni di salute articolati e complessi, che richiedono la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili vicino al loro luogo di vita: occorre organizzare i servizi attorno ai bisogni dei pazienti, nel territorio dei Distretti ASL. Per migliorare le cure sul territorio servono integrazione, prossimità e continuità, multiprofessionalità ed articolazione a rete dei servizi. Servono operatori e servizi sul territorio delle Asl, in luoghi dove i professionisti, congiuntamente - medici, infermieri, professioni sanitarie, sociali, amministrativi - garantiscano ai cittadini risposte appropriate nell'ambito di percorsi omogenei. Nel 2020 l'impatto travolgente della pandemia Covid-19 ha portato drammaticamente alla luce nuovi bisogni, dei quali dovrà farsi carico il Servizio sanitario regionale prossimo futuro, essere in grado di identificare e trattare precocemente i bisogni di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento. Le risposte sanitarie e socio-sanitarie per soggetti fragili (grandi anziani, disabili, persone con gravi problemi di salute mentale...) dovranno operare in rete e in collegamento con le potenzialità offerte dai percorsi sul territorio, accanto a un'implementazione delle cure al domicilio dei pazienti. In sostanza, un percorso di riorganizzazione dei servizi territoriali delle ASL, pensato per far fronte alla diffusione di malattie croniche, può tornare utile anche per affrontare un'epidemia infettiva. In questo contesto, le Case della Salute, in molte delle esperienze avviate nella sperimentazione regionale, costituiscono il collante dei servizi sul territorio e con questo ruolo possono rappresentare una risposta vincente, anche in linea con le strategie in fase di definizione nell'ambito del Recovery Plan.</p>
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01.01.2020	31.12.2020	si

OBIETTIVO GENERALE	Sviluppare il piano della cronicità nelle Aziende Sanitarie, ai fini della presa in carico appropriata e secondo percorsi omogenei sul territorio regionale.
---------------------------	--

OBIETTIVI SPECIFICI	Monitorare lo stato di attuazione della rete delle Case della Salute
	Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa
	Consolidare l'attività di riabilitazione domiciliare
	Indirizzare e monitorare l'attività di presa in carico ed assistenza sanitaria prestata a domicilio a favore dei pazienti affetti da Covid 19, attraverso l'avvio e l'operatività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

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

A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	Adeguatezza della presa in carico del paziente; spostamento del baricentro delle cure verso l'assistenza territoriale; miglioramento degli esiti in termini di salute.
---	--

A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	Sistema di cure orientato all'applicazione del chronic care model
--	---

PUNTI DI FORZA	
-----------------------	--

Indicare punti di forza	Indicare le strategie / azioni per l'implementazione
-------------------------	--

Approccio attraverso un sistema di coinvolgimento dei professionisti	Attivazione di dialogo costante tra Regione, Aziende Sanitarie e professionisti
--	---

PUNTI DI DEBOLEZZA	
---------------------------	--

Indicare punti di debolezza	Indicare le strategie / azioni per la riduzione
------------------------------------	---

Carenza di sistemi di valutazione per le attività territoriali	Attivazione di un sistema informativo adeguato
--	--

DIAGRAMMA DI GANT	
--------------------------	--

Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Case della Salute	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Presa in carico domiciliare/residenziale pazienti Covid 19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Continuità assistenziale ospedale-territorio-ospedale	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Assistenza e riabilitazione domiciliare	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO

Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Case della Salute	monitoraggio modelli scaturiti dalla sperimentazione regionale	Sono sviluppate le attività di analisi della situazione esistente sul territorio e di individuazione dei principali punti critici, nonché delle opportunità del modello della Casa della Salute quale punto d'integrazione fra medicina di territorio e medicina specialistica nella gestione percorsi di salute per le cronicità	Numero di Case della Salute attivate al 31.12.2020 e numero di personale nelle stesse operanti.
Presenza in carico domiciliare/residenziale pazienti Covid 19	Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e monitoraggio del loro articolazione sul territorio ed attività svolta.	Sono sviluppate le attività di: <ul style="list-style-type: none"> • indirizzo per l'attivazione delle USCA, ai sensi del D.L.n. 14 del 9.3.2020; • monitoraggio mensile della loro articolazione, personale operante e attività svolta; • provvedimenti con le linee d'indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle USCA e riparto delle risorse assegnate dalla L. n. 77/2020, art. 1; • protocollo operativo per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid 19. 	Numero di USCA attivate al 31.12.2020 in relazione ai parametri indicati dalla normativa nazionale istituitiva; numero di personale nelle stesse operanti; numero di pazienti seguiti mensilmente nel 2020.
Continuità assistenziale ospedale-territorio-ospedale	Monitoraggio delle modalità operative dei NOCC e degli NDCC in relazione al miglioramento dell'appropriatezza e della presa in carico territoriale	Le Schede di rilevazione hanno esplorato diverse aree, tra le quali: l'organizzazione aziendale; il modello organizzativo e di gestione operativa; i criteri di eleggibilità per i diversi setting di cura residenziali extraospedalieri (hospice, posti letti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) e residenzialità socio-sanitaria, nonché Cure domiciliari e Cure domiciliari palliative)	Numero di pazienti seguiti nel 2020 nel percorso di cura ospedale/territorio tramite azioni dei NOCC e degli NDCC delle ASR

Assistenza e riabilitazione domiciliare	Monitoraggio dell'adozione dei percorsi di attivazione ed erogazione delle Cure Riabilitative Domiciliari per adulti e per minori (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori)	Tramite il Portale regionale FARSIAD-RP sono state adottate metodologie di rilevazione puntuale delle Prese in Carico in Cure Riabilitative Domiciliari (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) effettuate dai Servizi di Cure Domiciliari delle ASL	Numero di Prese in Carico di assistiti in in Cure Riabilitative Domiciliari (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) effettuate nel 2020
TRASFERIBILITA' Indicare a quale altra realtà il progetto o parte di esso può essere trasferito			
Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito		
Il progetto può essere implementato in ogni Azienda Sanitaria del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni	Ogni parte del progetto può essere trasferita nelle Aziende Sanitarie del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni		

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2020

LINEA PROGETTUALE	PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO
--------------------------	--

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Sviluppo delle azioni di umanizzazione, con particolare riferimento all'empowerment dei pazienti
---------------------------------------	--

AREA DI INTERVENTO	Garantire la partecipazione delle comunità e degli operatori sanitari nello sviluppo delle politiche sanitarie. Migliorare le condizioni sanitarie nei gruppi vulnerabili, con particolare riguardo alle persone con malattie croniche
---------------------------	---

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

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

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

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019 D.G.R. n. 34 -2471 del 04/12/2020	270.000,00
Eventuali Risorse Regionali	NO	quota di riparto delle AASSRR

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO	
Tipologia di costi	Importo in euro Note
Costi per la la formazione	I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 34-2471 del 04/12/2020 (Tabella B).
Costi gestione progetto	
Costi	
Costi	

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

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc	<p>L'umanizzazione delle cure non può prescindere da un modello di presa in carico multidisciplinare realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei famigliari nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale. E' basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di una integrazione reale, sia a livello ospedaliero, fra le diverse strutture coinvolte, sia tra ospedale e strutture/professionisti presenti sul territorio fornendo risposte appropriate, sicure ed efficaci ai differenti bisogni assistenziali.</p> <p>Il Piano di cronicità della Regione Piemonte, approvato con DGR n. 306-29185 del 10.07.2018, introduce il concetto di patient empowerment che, negli ultimi anni, ha assunto crescente attenzione in sanità con particolare riguardo ai percorsi connessi alle patologie croniche che hanno visto un mutamento profondo dei modelli di cura tendente ad una sempre maggiore valorizzazione del ruolo della persona, vista come soggetto attivo ed "esperto" all'interno del percorso clinico-assistenziale.</p> <p>In particolare i nuovi modelli evidenziano la necessità di adeguare, in modo sostanziale, sia la funzione che l'organizzazione dei servizi improntati su un differente modello culturale basato sulla centralità della persona malata e dei suoi bisogni e sull'integrazione dei servizi. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alle cronicità è, infatti, il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia.</p> <p>Con riferimento all'annualità 2019 si è proceduto alla valutazione dei modelli organizzativi implementati a livello aziendale, con riguardo al percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente in R.S.A.</p> <p>E' stata, inoltre, avviata un'attività di sviluppo dei progetti di empowerment – in linea con le previsioni del Piano di cronicità regionale – attraverso la pianificazione di specifiche strategie ed azioni atte a costruire un efficace partenariato in coerenza con le Linee di indirizzo New Heaven</p>
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01.01.2020	31.12.2020	si
OBIETTIVO GENERALE	Incrementare la presa di consapevolezza dei pazienti nei confronti delle cure		

OBIETTIVI SPECIFICI	Valutazione modelli organizzativi implementati a livello aziendale con riguardo al percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente cronico.
	Individuazione punti critici e promozione azioni di miglioramento
	Migliorare gli esiti dei percorsi assistenziali

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

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

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

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Piani	Valutazione modelli organizzativi implementati a livello aziendale su percorso di continuità ospedale-territorio	Evidenza criticità percorsi per definizione ed implementazione azioni di miglioramento	Presenza documentazione attestante miglioramento percorsi rispetto criticità individuate
Punti critici	Individuazione punti critici	Vengono individuati i punti critici	Presenza di documento di aggiornamento
Azioni di miglioramento	Definizione delle azioni di miglioramento	Sulla base delle criticità definite, sono individuate le azioni correttive	Presenza di piano di miglioramento

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

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

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

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2020

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

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE
---------------------------------------	---

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

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

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019 D.G.R. n. 34 -2471 del 04/12/2020
	Eventuali Risorse Regionali	NO
		Importo
		4.053.592,00
		quota di riparto delle AASSRR

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
	Tipologia di costi	Importo in euro
	Costi per la la formazione	I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 34-2471 del 04/12/2020 (Tabella B).
	Costi gestione progetto	
	Costi	
	Costi	

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

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO

Se pertinente riportare dati
epidemiologici, di attività, ecc

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

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

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

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

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

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

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

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

La necessità di colmare eventuali lacune ha richiesto una puntuale definizione di elementi distintivi strutturali quantitativi e qualitativi che potessero, senza ambiguità, individuare le caratteristiche indispensabili affinché una struttura possa essere considerata a pieno titolo idonea. La definizione di criteri imprescindibili appare condizione necessaria per un reale sviluppo della rete assistenziale, sia nelle cure palliative, sia nella terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, pur non escludendo il diritto di ogni malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni precisi del paziente e della sua famiglia. In particolare, infatti, la suddetta L. 38/2012 dispone all'articolo 8 che "[...] sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]".

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

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

In dettaglio, nell'Intesa in parola si legge che "[...] Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale e personalizzato che, nel riconoscere la dignità e l'autonomia del paziente offre un'assistenza che deve rispettare standard di qualità e appropriatezza evidenziando, così come sottolineato dal legislatore, le diverse specificità dei percorsi assistenziali nelle cure palliative e nella terapia del dolore. Da questa esigenza è stato necessario costituire due reti nazionali specifiche così come definite dall'art. 2 comma 1 della legge 38/2010 " [...] volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici [...]" L'ambito di riferimento delle cure palliative e della terapia del dolore in età pediatrica necessita di strutture e percorsi specifici così come stabilito dalla legge 38/2010 che tiene conto dell'Accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sottoscritto in data 27/06/2007 e del documento tecnico approvato in data 20/03/2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La definizione della rete di assistenza della terapia del dolore nell'adulto ha richiesto un particolare impegno per la mancanza di riferimenti normativi precedenti che potessero indicare la direzione verso cui rivolgersi. La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza.

[...]."

Si prevede di proseguire nei percorsi di attuazione della Rete di Terapia del dolore, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali. che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore

...azioni, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone assistite dal dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. [...].

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

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

- Centri Spoke/centri ambulatoriali di terapia del dolore

- Centri Hub /Centri Ospedalieri di terapia del dolore

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

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

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

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

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

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

La distribuzione sul territorio regionale degli Hub/ Centro Ospedaliero di terapia del dolore e

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

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

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

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

NO

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

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

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

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

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

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

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO				
Fase	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">Azioni</td> <td style="width: 25%;">Breve descrizione dei contenuti</td> <td style="width: 25%;">Indicatori di verifica</td> </tr> </table>	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica		

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

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

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

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

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

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

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

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

TRASFERIBILITA'

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

Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto

Progetto o parte del progetto che può essere trasferito

Tutto il territorio regionale

Tutto il progetto

Allegato 3 – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2020

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

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA
---------------------------------------	---

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

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

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

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

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 31-877 del 23/12/2019 D.G.R. n. 34 -2471 del 04/12/2020	4.053.592,00
Eventuali Risorse Regionali	NO	quota di riparto delle AASSRR

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 34-2471 del 04/12/2020 (Tabella B).
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	personale delle AASSRR	

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

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

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

	<p>1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.</p>
--	--

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

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

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

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

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

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
<p>Il progetto ha durata continua, da dieci anni a questa parte. Le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico:</p> <p>D.G.R. n. 20-13204 del 08/02/2010, D.G.R. n. 30-866 del 25/10/2010, D.G.R. n. 31-1482 del 11/02/2011, D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012, D.G.R. n. 43-7345 del 31/03/2014 D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014 D.G.R. n. 14-2811 del 18/01/2016</p>			

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

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

OBIETTIVO PRIORITARIO	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE
------------------------------	--

TITOLO DEL PROGETTO	Attività di prevenzione e promozione della salute – anno 2020
----------------------------	--

REGIONE	PIEMONTE
----------------	-----------------

RESPONSABILE DEL PROGETTO	<i>Cognome Nome del Responsabile</i>	Bartolomeo Griglio
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Coordinatore PRP
	<i>Recapito telefonico</i>	011.4321515
	<i>e-mail</i>	sanita.pubblica@regione.piemonte.it

RISORSE FINANZIARIE

Finanziamento	Riferimento (Delibera, decreto, ecc.)	Importo (in euro)
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni 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 2020 (Rep. Atti n.54/CSR del 30 marzo 2020)	19.359.954 € (quota totale vincolata alla linea 4, decurtata del 5 per mille destinato a progetti di supporto al PNP)
Eventuali Risorse Regionali	NO	NO

1. ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE – Anno 2020	<p>Il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025, in corso di approvazione, prevede che le Regioni adottino la propria pianificazione regionale, in attuazione degli obiettivi nazionali. Nelle more dell'approvazione del PRP 2020-2025 e in coerenza con il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con Intesa Stato-Regioni n. 209/CSR del 18/12/2019, la Regione Piemonte ha individuato (con DD n. 632/A1400A/2020 del 23/06/2020) i programmi e le azioni di prevenzione e promozione della salute per l'anno 2020.</p> <p>Le attività previste, a livello regionale e locale (ASL) si pongono in continuità con il PRP 2014-2019, con le previsioni generali di cui al Patto per la Salute 2019-2021 e con gli orientamenti della bozza di PNP in corso di approvazione; tengono inoltre conto della situazione epidemiologica determinata dalla pandemia da virus SARS-COV2.</p> <p>Sono stati confermati i programmi di cui al PRP 2014-2019, mentre le azioni sono in parte riformulate per tener conto della situazione epidemiologica e per integrare laddove possibile obiettivi e orientamenti del PNP in corso di approvazione.</p>
---	--

OBIETTIVI, AZIONI E RISULTATI ATTESI

Programma “Guadagnare Salute Piemonte. Scuole che promuovono salute”

Obiettivi:

Consolidare l'alleanza scuola/sanità attraverso la co-progettazione e i percorsi di formazione congiunta; promuovere l'adozione da parte delle scuole di pratiche raccomandate per la promozione di stili di vita sani, attraverso il cambiamento dell'ambiente scolastico sul piano sociale, fisico e organizzativo.

Azioni principali

- Consolidare l'alleanza scuola/sanità nell'ambito del protocollo di collaborazione, attraverso le Linee guida per l'individuazione dei temi prioritari e delle modalità operative.
- Mantenere opportunità di formazione congiunta scuola-sanità.
- Definire i temi e i progetti che saranno promossi in modo omogeneo nelle scuole di tutto il territorio regionale attraverso l'aggiornamento dei Cataloghi delle proposte offerte dalle ASL alle scuole.

Risultati attesi nel 2020

- Rinnovo del protocollo di collaborazione scuola-sanità e delle Linee guida.
- Almeno una giornata di formazione per insegnanti, anche in modalità a distanza.
- Cataloghi ASL aggiornati e trasmessi a tutti gli istituti scolastici del territorio.

Programma “Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di vita”

Obiettivi:

Mantenere, consolidare e riorientare, anche in relazione all'emergenza da Covid-19, gli interventi di promozione della salute rivolti alla popolazione nel setting Comunità, dalla prima infanzia alla terza età.

Azioni principali:

- Promuovere l'attività fisica in tutte le fasce d'età in collaborazione con i “Comuni sensibili” (che aderiscono alla Carta di Toronto o ad altri programmi, Carte, Reti).
- Primi 1000 giorni: presentazione risultati regionali della sorveglianza 0-2 per fornire indicazioni operative.
- Con meno sale la salute sale: iniziative per promuovere l'alimentazione salutare e la disponibilità di alimenti a ridotto contenuto di sale.
- Prevenzione del consumo dannoso di alcolici nel contesto del divertimento (Rete Safe Night).

Risultati attesi nel 2020:

- Realizzazione di vademecum per progetto comune e piano di valutazione dei gruppi di cammino.
- Presentazione risultati regionali della sorveglianza 0-2.
- Mantenimento nelle ASL delle iniziative correlate al progetto “Con meno sale la salute sale”.
- Mantenimento dei progetti della Rete Safe Night nelle ASL già attive.

Programma “Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro”

Obiettivi:

Mettere a disposizione degli operatori strumenti, conoscenze e competenze per realizzare iniziative di promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro. Mettere in rete gli stakeholder.

Azioni principali:

- Raccolta di strumenti e materiali informativi relativi ai temi di salute di interesse; erogazione di corsi di formazione a distanza per gli operatori sanitari.
- Mantenimento dei progetti WHP (Work Health Promotion) nelle ASL, rivolti sia alle aziende private, sia ai dipendenti del SSR, compatibilmente con la situazione determinata dall'emergenza Covid-19.
- Implementazione della rete WHP.

Risultati attesi nel 2020 :

- Selezione di strumenti e materiali per ciascun tema prioritario di salute da associare alle pratiche raccomandate.
- Ricognizione degli interventi attuati nelle ASL.
- Revisione del modello organizzativo di rete WHP Piemonte.

Programma “Screening oncologici”

Obiettivi

Raggiungere la piena implementazione dei tre programmi di screening oncologico attraverso l'incremento della copertura da inviti, tenendo conto dell'effettiva operatività dei Servizi in relazione all'emergenza da Covid-19

Azioni principali

- Reindirizzamento dell'attività spontanea entro il programma organizzato.
- Rafforzamento degli interventi per favorire l'adesione delle donne straniere.
- Promozione della qualità dei programmi attraverso workshop, audit organizzativi ed eventi formativi.

Risultati attesi nel 2020

- Accordi di collaborazione con associazioni e altri soggetti del territorio, per avviare percorsi di reindirizzamento dell'attività all'interno del programma regionale.
- Produzione e diffusione di materiali informativi multilingue, in collaborazione con associazioni del territorio.
- Almeno una iniziativa formativa, anche a distanza, rivolta al personale inserito negli screening oncologici.

Programma “Lavoro e salute”

Obiettivi

Consolidare l'utilizzo dei sistemi informativi disponibili. Attuare i controlli necessari a ridurre i rischi di infortuni e malattie professionali nelle aziende.

Azioni principali

- Ricostituzione di un gruppo regionale con il compito di aggiornare le modalità di codifica dell'attività ed elaborare i dati derivanti dai diversi sistemi informativi.
- Mantenimento di attività e strumenti di informazione, assistenza e formazione: casella di posta regionale e sito internet dedicato, “Storie” di infortunio, predisposizione di strumenti di supporto alle imprese.
- Vigilanza e controllo attraverso i piani mirati e la vigilanza congiunta.

Risultati attesi nel 2020

- Utilizzo del sistema SpreSALweb da parte di tutti i Servizi delle ASL per il caricamento dei dati di attività.
- Aggiornamento del sito web regionale con la reportistica prodotta.
- Applicazione del piano mirato di prevenzione in edilizia nel 100% delle ASL del Piemonte.
- Applicazione del piano mirato di prevenzione in agricoltura nel 100% delle ASL del Piemonte.

Programma “Ambiente e salute”

Obiettivi

Integrare le azioni dei settori istituzionali dell'Ambiente e della Sanità a livello regionale e locale, per attività di supporto alle politiche ambientali secondo il modello One Health con il coinvolgimento del territorio.

Azioni principali

- Sostegno al funzionamento del tavolo regionale Ambiente-Salute e dei tavoli locali integrati.
- Programmi di monitoraggio degli inquinanti ambientali in specifiche aree del territorio piemontese.
- Sviluppo di programmi formativi per gli operatori della sanità e dell'ambiente, anche in funzione del miglioramento delle competenze per la comunicazione del rischio. - Programmi di controllo in materia di REACH/CLP.
- Sviluppo delle attività del tavolo di lavoro regionale integrato in tema di costruzione e ristrutturazione di edifici in chiave di salubrità ed eco-compatibilità.

Risultati attesi nel 2020

- Report dei programmi di monitoraggio ambientale.
- Disponibilità di programmi formativi da attuare nel 2021.
- Documento di indirizzo per la salubrità e sostenibilità di edifici ad uso lavorativo generico.

Programma “Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare”

Obiettivi

Sviluppare l'approccio One Health nel campo della sicurezza alimentare.

Promuovere approcci condivisi per potenziare le indagini epidemiologiche delle malattie trasmesse da alimenti.

Assicurare la capacità di intervento in caso di emergenze.

Promuovere la qualità nutrizionale dell'offerta alimentare e la corretta informazione al consumatore.

Azioni principali

- Consolidamento dell'approccio One Health al tema “alimentazione” attraverso l'operatività del gruppo di coordinamento e dei gruppi e tavoli tematici specifici.
- Monitoraggio del consumo di antibiotici in ambito veterinario.
- Aggiornamento dei sistemi di sorveglianza MTA.
- Aggiornamento dei protocolli di risposta alle emergenze ed eventi straordinari.
- Programma di controllo ufficiale sulle indicazioni nutrizionali e salutistiche fornite sui prodotti alimentari.

Risultati attesi nel 2020

- Evento informativo sulla gestione informatizzata del farmaco e sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario.
- Piano per la gestione delle emergenze non epidemiche aggiornato.
- Eventi formativi su MTA, etichettatura, protocolli di risposta alle emergenze.

<p>2. AVVIO DELLA PIANIFICAZIONE DEL PRP 2020-2025: PROFILO DI SALUTE ED EQUITÀ</p>	<p>La Regione si impegna a produrre, entro le scadenze previste dall'Intesa di adozione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (in corso di approvazione), un documento contenente l'analisi descrittiva del contesto regionale con riferimento alle seguenti dimensioni: condizioni socio demografiche ed economiche carico di malattia (malattie croniche non trasmissibili e malattie trasmissibili) fattori di rischio (ambientali, professionali e correlati agli stili di vita) sistema sanitario/offerta di prevenzione (servizi, programmi di popolazione) Per ogni dimensione, ove possibile saranno specificati: la fonte di dati utilizzati l'anno di riferimento il livello territoriale di disaggregazione analizzato (regionale, subregionale). Dato l'impatto, in termini di disuguaglianze, dei determinanti sociali sulla distribuzione dei fattori di rischio, delle malattie e sull'accesso ai programmi di prevenzione, ciascuna delle dimensioni 2-4 sarà indagata per le fonti di variazione dell'equità, ovvero stratificata per tutte le variabili di seguito elencate per le quali siano disponibili dati: genere (M/F) etnia almeno un indicatore di posizione socioeconomica (reddito, istruzione, stato occupazionale, professione,...) area di residenza altri fattori considerati rilevanti nel contesto in esame, anche in termini di Health Equity Audit (nelle more di indirizzi specifici derivanti dal PNP 2020-2025)</p>
--	---

DESTINATARI DEL FINANZIAMENTO E CRITERI DI RIPARTIZIONE

I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali. Il finanziamento è stato ripartito agli Enti del Servizio Sanitario Regionale in applicazione D.G.R. 34-2471 del 04/12/2020 (Tabella B).

ASL 301 – CdT	3.936.472
ASL 203 – TO3	2.560.780
ASL 204 – TO4	2.273.813
ASL 205 – TO5	1.353.958
ASL 206 – VC	761.466
ASL 207 – BI	758.188
ASL 208 – NO	1.526.408
ASL 209 – VCO	750.416
ASL 210 – CN1	1.835.688
ASL 211 – CN2	749.684
ASL 212 – AT	905.783
ASL 213 – AL	1.947.298
TOTALE ASL	19.359.954

LINEA PROGETTUALE	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE	
OBIETTIVO PRIORITARIO	Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione	
TITOLO DEL PROGETTO	Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale Prevenzione – Anno 2020	
REGIONE	PIEMONTE	
RESPONSABILE DEL PROGETTO	<i>Cognome Nome del Responsabile</i>	Bartolomeo Griglio
	<i>Ruolo e qualifica</i>	Coordinatore PRP
	<i>Recapito telefonico</i>	011.4321515
	<i>e-mail</i>	sanita.pubblica@regione.piemonte.it
RISORSE FINANZIARIE		
Finanziamento	Riferimento (Delibera, decreto, ecc.)	Importo (in euro)
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Accordo Stato-Regioni 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 2020 (Rep. Atti n.54/CSR del 30 marzo 2020)	97.286 € (5 per mille della quota totale vincolata alla linea progettuale 4)
Eventuali Risorse Regionali	NO	NO
1. Osservatorio Nazionale Screening (ONS)		
Analisi del contesto di riferimento		
L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) è attivo da quasi 20 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la Rete Oncologica (ISPRO) di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 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.		
Obiettivo generale		
Realizzare le progettualità di supporto al Piano Regionale per la Prevenzione attraverso le seguenti attività: A. Realizzazione della survey nazionale annuale dei programmi di screening oncologico; produzione di indicatori di monitoraggio; calcolo degli indicatori per la valutazione adempimenti LEA. B. Formazione. C. Quality assurance. D. Produzione e aggiornamento di materiali e strumenti informativi per una comunicazione efficace orientata all'empowerment del cittadino e alla adozione di scelte informate e consapevoli. E. Produzione di documenti di indirizzo, raccomandazioni, conferenze di consenso, valutazioni HTA su nuove tecnologie, nuovi protocolli, nuovi programmi di screening.		

Obiettivi specifici

A:

- Survey programmi di screening mammografico
- Survey programmi di screening colo-rettale
- Survey programmi di screening cervicale

B:

- Attività di docenza e formazione a convegni a valenza regionale
- Corsi teorico-pratici per la qualità tecnica in mammografia • Corsi di formazione per l'elaborazione e il monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche oggetto dei programmi di screening
- Corsi a distanza con immagini sulla qualità della coloscopia
- Corsi a distanza sulla qualità della diagnosi istopatologica nei tre programmi di screening

C:

- Effettuazione di site visit per la quality assurance dei programmi di screening oncologico regionale
- Disseminazione del modello Precede-Proceed, precedentemente testato in progetti pilota, per la governance dei programmi di screening

D:

- Iniziative di comunicazione per comunicare le scelte dello screening nell'emergenza COVID 19;
- Adozione e gestione dello strumento di Decision Aid elaborato nell'ambito di un trial pragmatico coordinato dall'Istituto Mario Negri • Adozione e gestione della app sui corretti stili di vita elaborata dal progetto CCM Smart
- Rendicontazione Sociale Valutazioni delle attività esistenti e produzione di materiali per il miglioramento della rendicontazione sociale da parte dei programmi di screening
- Produzione insieme ad AIRTUM di una piattaforma per l'interrogazione da parte dell'utenza della banca dati dei programmi di screening

E:

- Supporto alla realizzazione dei workshop congiunti con società scientifiche su argomenti definiti in accordo con le società scientifiche di riferimento. Uno degli argomenti già individuati è la definizione e monitoraggio delle azioni che le Regioni e i singoli programmi devono mettere in atto per recepire completamente i risultati della Consensus Conference su screening e vaccinazione, in particolare l'indicazione di posticipare il primo invito a 30 anni. Organizzazione di workshop, elaborazione di report finale.
- Predisposizione di un documento nazionale condiviso sulla metodologia per la definizione ed il calcolo degli indicatori nello screening oncologico.
- Processo di "Adolopment" delle linee guida europee per lo screening mammografico. Coordinamento del gruppo di lavoro in collaborazione con le società scientifiche di settore, l'Istituto superiore di sanità, l'ECIBC. Editing del documento e relativa diffusione. • Valutazione HTA dello screening polmonare mediante TAC a basse dosi. Produzione di un report delle attività in corso.

Risultati attesi

A: Produzione delle survey annuali, pubblicazione sul sito ONS, presentazione dei risultati; produzione degli indicatori e delle valutazioni LEA.

B: Partecipazione a convegni e organizzazione dei corsi.

C: Organizzazione e effettuazione delle site visits.

D: Produzione dei documenti e adozione delle app.

E: Organizzazione degli incontri ed elaborazione dei report.

2. Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

Analisi del contesto di riferimento

Il modello di registrazione oncologica si realizza con un processo a cascata che include: i) fonti di informazione (area sanitaria oncologica); ii) trasferimento delle informazioni alla sede di raccolta; iii) registrazione dei dati validata (intervento del personale di registrazione: Registrars); iv) elaborazione e pubblicazione dei dati epidemiologici. Ciascuna delle fasi sopra elencate può realizzarsi con procedure diverse. La "normalizzazione" delle procedure costituisce mezzo di promozione della qualità dei dati registrati. È in fase di gestazione la costituzione del Registro Nazionale Tumori (RNT). La fonte delle informazioni epidemiologiche che alimenteranno il RNT è individuata in "centri regionali di coordinamento" della raccolta dei dati epidemiologici, che costituiranno il tramite operativo tra la registrazione territoriale-regionale e il Ministero della Salute, presso il quale sarà allocata la banca dati nazionale. Al fine di alimentare il RNT con informazioni standardizzate, è indispensabile che le modalità di raccolta e di registrazione dei dati delle fonti informative regionali tendano al massimo livello di omogeneità (consultazione fonti, validazioni informazioni, modalità di registrazione, osservanza normative privacy). La formazione del personale addetto alla registrazione oncologica (i.e. Registrars) è variabile per provenienza professionale e per formazione "sul campo" (le procedure di registrazione sono diverse nelle differenti realtà dei registri). Manca una formazione "di base" omogenea e certificata. Tale difformità è tanto più grave nella nuova dimensione nazionale della registrazione della patologia neoplastica. L'omogeneità formativa dei Registrars è una priorità imprescindibile al fine di assicurare una omogenea qualità della registrazione. Il progetto formativo deve avere dimensione di rete nazionale, condizione imprescindibile per assicurare l'omogeneità territoriale delle procedure.

Obiettivo generale

Istituire un Corso avanzato di formazione "specialistica" per personale già addetto (o addestrabile) alla registrazione epidemiologica della patologia neoplastica. Il progetto formativo deve: i) individuare gli obiettivi della formazione; ii) prevedere le modalità di formazione; iii) erogare la formazione secondo le procedure precedentemente individuate; iv) accertare le conoscenze/competenze acquisite; v) rilasciare certificazione di dette competenze/conoscenze. Devono essere individuati esperti/docenti e una struttura didattica con la duplice funzione di formazione e monitoraggio della formazione professionale dei Registrars.

Obiettivi specifici

- 1) Individuare le conoscenze e competenze attese per il profilo professionale dei Registrars.
- 2) Strutturare il piano formativo fondato sullo spettro di competenze individuate al punto 1 distinguendo le attività didattiche in relazione alle modalità di erogazione:
 - i) lezioni frontali,
 - ii) formazione a distanza (FAD);
 - iii) tirocinio pratico;
 - iv) studio individuale.
- 3) Strutturare la cronologia della formazione (inclusa la fase conclusiva dell'accertamento delle conoscenze/competenze acquisite).

Risultati attesi

Formazione certificata del personale addetto alla registrazione della patologia oncologica (Registrars).

Miglioramento dell'omogeneità dei criteri e delle procedure di registrazione della patologia oncologica, con miglioramento qualitativo dei dati registrati.

3. Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

Analisi del contesto di riferimento

Il Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP) è composto dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Regione Toscana, dalla Cattedra di Igiene dell'Università del Piemonte Orientale e dal Centro Regionale di Documentazione per la promozione della Salute (DoRS) della Regione Piemonte; la struttura di coordinamento centrale è attualmente presso l'ARS della Regione Toscana. Il suo scopo è di sviluppare metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica e strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc, ecc.) per fornire a policy-maker e operatori le prove di efficacia e di impatto relative agli interventi e ai programmi di prevenzione. A partire da un progetto finanziato nell'ambito del programma CCM 2013, sono stati resi disponibili documenti di sintesi delle evidenze derivanti dalla letteratura scientifica (revisioni di letteratura, linee guida, elenchi di interventi efficaci), attraverso una "matrice di evidenze" utilizzata per la pianificazione degli interventi da parte delle regioni per il precedente Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2019 e ora disponibile sul sito www.evidencebasedprevention.com

Le principali agenzie internazionali che si occupano di prevenzione stanno realizzando dei registri dove presentare liste di interventi selezionati per la maggiore probabilità di successo. Ciò si è reso possibile per la sempre maggiore disponibilità di studi di valutazione degli interventi di prevenzione e diffusa convinzione della necessità di basare anche gli interventi prevenzione primaria su strategie la cui efficacia sia stata documentata da un percorso di valutazione rigoroso e standardizzato. Alcuni esempi importanti di questi cataloghi sono Xchange, sulla prevenzione dei comportamenti additivi gestito dall'EMCDDA

(www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange) e quello realizzato dall'università del Colorado (www.blueprintprograms.org/about). Esistono poi numerosi cataloghi ad uso nazionale come il Grüne Liste Prävention realizzato dall'Istituto per la prevenzione della Bassa Sassonia in Germania (www.gruene-liste-praevention.de), quello spagnolo (www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php?page=intervenciones-evaluadas) e quello di Santé Publique France: (www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante). In Italia è inoltre disponibile la banca dati ProSa, uno strumento gratuito di raccolta, analisi e diffusione di progetti, interventi, politiche e buone pratiche sostenibili e trasferibili che ha l'obiettivo di documentare, condividere e mettere in rete i progetti e i loro risultati per supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders nell'ambito della prevenzione e promozione della salute.

A febbraio 2020 sono state raccolte, attraverso un questionario, le necessità e proposte delle Regioni, in collaborazione con il Coordinamento interregionale della prevenzione, in merito all'attività del NIEBP per il supporto all'elaborazione dei PRP 2020-2025. Al questionario hanno risposto 16 regioni su 21. Nessuna regione ha mostrato contrarietà alle varie attività proposte e tutte si sono dimostrate interessate ad avere a disposizione una nuova matrice di evidenze aggiornate e orientate a rispondere ai nuovi principi guida di formulazione del PNP 2020-2025. Altre attività richieste: valutazione di interventi promettenti; formazione per l'utilizzo della nuova matrice; identificazione (tramite revisione della letteratura scientifica) di programmi internazionali meritevoli di essere trasferiti nel contesto italiano (tradotti e adattati); produzione di Linee Guida di sanità pubblica, in accordo con il Sistema Nazionale Linee Guida.

Obiettivo generale

Supporto ai Piani Regionali di Prevenzione (PRP), per la selezione, implementazione e valutazione di interventi e programmi efficaci, sostenibili e trasferibili, sui fattori di rischio identificati dal PNP. Sarà posta particolare attenzione all'individuazione di strumenti, metodi, buone prassi utili per ri-orientare le azioni al contesto mutato a causa della pandemia.

Obiettivi specifici

- 1) aggiornamento Matrice delle Evidenze www.evidencebasedprevention.com
- 2) costituzione e aggiornamento di un Repertorio di interventi efficaci, trasferibili e sostenibili.
- 3) prosecuzione e sviluppo del programma Linee Guida di sanità pubblica (linea guida per la prevenzione primaria dell'uso di tabacco, linea guida per la promozione dell'attività fisica, linea guida per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile).
- 4) supporto ai PRP nell'elaborazione di indicatori di implementazione e di impatto per i Programmi Predefiniti e per gli interventi inseriti nel repertorio.
- 5) supporto metodologico nella valutazione di interventi di prevenzione messi in atto dalle regioni, per la costruzione delle prove di efficacia.
- 6) formazione per l'utilizzo della Matrice e del Repertorio, per la costruzione e uso di indicatori di impatto e di implementazione degli interventi di prevenzione e per la valutazione degli interventi.

Risultati attesi

- 1) disponibilità della Matrice delle Evidenze aggiornata www.evidencebasedprevention.com
- 2) disponibilità di un Repertorio di interventi efficaci, trasferibili e sostenibili.
- 3) elaborazione di un aggiornamento di una Linea Guida di sanità pubblica (linea guida per la prevenzione primaria dell'uso di tabacco, linea guida per la promozione dell'attività fisica, linea guida per la prevenzione degli incidenti domestici in età infantile).
- 4) collaborazione nell'elaborazione di indicatori di implementazione e di impatto per i Programmi Predefiniti e per gli interventi inseriti nel repertorio nell'ambito della pianificazione dei PRP.
- 5) collaborazione nella valutazione di interventi di prevenzione messi in atto dalle regioni, per la costruzione delle prove di efficacia. 6) realizzazione di corsi di formazione per l'utilizzo della Matrice e del Repertorio, per la costruzione e uso di indicatori di impatto e di implementazione degli interventi di prevenzione e per la valutazione degli interventi.

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2019**LINEA PROGETTUALE 1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ****DENOMINAZIONE SVILUPPO DEI MODELLI DI GESTIONE DELLA CRONICITÀ PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI IN MODO UNIFORME NEL TERRITORIO REGIONALE.****Obiettivo Generale del Progetto**

Sviluppare il Piano della cronicità nelle Aziende Sanitarie, ai fini della presa in carico omogenea sul territorio regionale.

Obiettivi specifici

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

Descrizione delle azioni**Azione n. 1) Piano Cronicità e sviluppo dei Piani Locali nelle Aziende Sanitarie Regionali.**

Il percorso del Piano Cronicità nella Regione Piemonte, le cui Linee di indirizzo 2018-2019 sono state definite con Deliberazione Consiglio Regionale n. 306-29185 del 10 luglio 2018, si è articolato, nel corso del 2019, in tre fasi, a partire dalla precedente sperimentazione delle Comunità di pratica¹ realizzata nel 2018:

- prima fase: redazione delle prime proposte di Piani Locali Cronicità (PLC) delle ASL, integrate da AO/AOU del territorio di riferimento (*ottobre 2018-marzo 2019*);
- seconda fase: il modello viene progressivamente consolidato ed implementato per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e tecnici, attraverso confronto interaziendale, con specifici gruppi di lavoro su tematiche condivise, e con la Direzione regionale (*aprile-settembre 2019*);
- terza fase: le ASL, con progettazione integrata con le ASO, predispongono la stesura definitiva dei Piani Locali Cronicità, secondo le direttive regionali, trasmettendoli alla Direzione Regionale entro il termine previsto (*31 ottobre 2019*) e avviano le azioni programmate.

Nella prima fase la Regione ha dato incarico alle Aziende Sanitarie di recepire le Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei 12 PLC; dal punto di vista operativo è stata richiesta a ogni Azienda Sanitaria Locale e Ospedaliera la definizione di un "Nucleo per la Cronicità" e una "Cabina di Regia", organi operativi che, con il coinvolgimento dei professionisti operanti nelle Aziende, hanno provveduto alla definizione del Piano sulla base di uno specifico iter di sviluppo strettamente monitorato dall'Assessorato.

Nella seconda fase, il modello regionale di presa in carico della cronicità è stato progressivamente implementato attraverso lo sviluppo di sette aree di riferimento:

1. Consolidamento redazionale dei 12 Piani Locali per la Cronicità delle Aziende Sanitarie.
2. Stratificazione e stadiazione dei pazienti, per mappare in modo adeguato i pazienti cronici.
3. Modelli organizzativi territoriali, con lo sviluppo delle Case della salute, dei posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria, degli ambulatori infermieristici della cronicità, delle farmacie dei servizi, per disporre di una alternativa compiuta per la gestione dei pazienti in ambito territoriale rispetto alla soluzione ospedaliera.
4. Processi di integrazione territorio-ospedale-territorio, con la strutturazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per le principali patologie croniche (broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica, malattia di Parkinson, diabete, ecc.).
5. Nuclei per la continuità assistenziale, attivati in tutte le Aziende Sanitarie a livello ospedaliero e territoriale per facilitare il passaggio dei pazienti dall'Ospedale al Territorio.
6. Umanizzazione ed empowerment dei pazienti, secondo il modello dell'analisi partecipata tra le Aziende Sanitarie e i cittadini.
7. Meccanismi operativi trasversali in forma omogenea tra le Aziende Sanitarie, con lo sviluppo delle attività di formazione, comunicazione, dei sistemi premianti anche per la valorizzazione del capitale umano.

¹ La fase sperimentale, avviata nel 2018, ha coinvolto quattro aziende sanitarie (Asl Città di Torino, Asl To3, Asl Cn1 e Asl Vco) presso le quali sono state istituite altrettante "Comunità di Pratica", composte da operatori, esperti e specialisti, per elaborare e mettere a punto i modelli di cura, da utilizzare su tutto il territorio regionale.

Infine, nella terza fase, i 12 Piani Locali Cronicità, presentati alla Direzione regionale ad ottobre 2019, sono stati monitorati attraverso apposita griglia di analisi per l'individuazione di ognuna delle cinque azioni minime da prevedersi e rispetto alle quali ogni Azienda era tenuta a dotarsi di un cronoprogramma da sviluppare nel biennio 2020-2021.

Per ogni ASL (integrata da AO/AOU) la griglia di monitoraggio consente di rilevare la tipologia e tempistica delle azioni avviate nel 2019 e quelle previste per il 2020 e il 2021 (articolate in semestri) con riferimento a:

1. PDTA BPCO-BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva,
2. PDTA SC-Scompenso Cardiaco
3. PDTA MRC-Malattie Renali Croniche
4. Sviluppo della Funzione Infermieristica Organizzata per la Cronicità
5. Sviluppo di una funzione di Dimissioni assistite con focus sui determinanti comportamentali
6. Eventuali altre azioni correlate alla cronicità messe in campo dalle Aziende.

Le differenze nelle modalità di implementazione delle azioni da parte delle Aziende Sanitarie fanno riferimento a diversi contesti organizzativi e territoriali ed evidenziano la necessità di puntuali programmazioni locali per il raggiungimento degli obiettivi-risultato attesi per il biennio 2020-2021.

Azioni a livello regionale per l'implementazione del Piano Cronicità

a. Stratificazione

A partire dall'esperienza delle prime quattro Comunità di pratica è stato elaborato a livello regionale, dal Servizio Epidemiologico Sovrazonale dell'ASL To3, un documento metodologico con un primo set di indicatori di valutazione per l'individuazione della popolazione target, inseribile in almeno un ambito di PDTA.

Successivamente è stato definito e messo a punto un protocollo di stratificazione tra SEPI e CSI Piemonte che ha consentito di validare l'applicazione dell' algoritmo attraverso una sperimentazione con i MMG dell'Equipe Assistenza Territoriale di Pianezza (ASL To3).

Sulla base dell'algoritmo validato e dei dati 2017 e 2018, aggiornati al dato Aura rilevato in chiusura 2019, è stata stratificata la popolazione piemontese individuando per ogni ASL e relativi Distretti il numero di soggetti con una, due, oppure tre o più patologie prevalenti ed il numero dei pazienti con le seguenti patologie croniche prevalenti: BPCO, Scompenso Cardiaco, Cardiopatia ischemica, Vasculopatie cerebrali, Diabete. La stratificazione, ancora al momento anonimizzata, è stata fornita alle Aziende per una prima valutazione e confronto con i dati dei servizi epidemiologici interni.

b. Pianificazione

La costituzione di *Cabine di regia per la cronicità*, multi profilo e multilivello, è stata estesa dalle prime quattro Comunità di pratica a tutte le ASL. Inoltre è stata allargata la partecipazione alle ASO, la cui componente è stata prevista in ogni Cabina di regia attraverso la costituzione di un *Nucleo Cronicità* per ogni ASL/ASO (5 componenti di cui 1 Referente).

I Referenti dei Nuclei sono stati messi in rete tra loro e si sono incontrati in presenza su convocazione regionale. A loro volta gli incontri sono stati estesi, in ragione dei contenuti, a tutti i componenti dei nuclei delle 18 Aziende Sanitarie per favorire un trasferimento di contenuti da e verso le Cabine di Regia aziendali, composte da circa 15 elementi ciascuno.

E' stato predisposto un *Indice* comune per la redazione del Piano Locale su cui hanno successivamente lavorato tutte le ASL tramite le Cabine di regia integrate con ASO per definire la proposta di Piano Locale Cronicità, a partire da una prima analisi organizzativa (As is e To be).

Entro il 30 marzo 2019 sono state presentate da tutte le 12 cabine di regia delle ASL, integrate dai nuclei Cronicità delle ASO, le prime proposte di Piano Aziendale Cronicità.

Le proposte di Piano presentate dalle Aziende sono state rese confrontabili tra loro attraverso una griglia di analisi e, successivamente, sono stati avviati dei gruppi di lavoro interaziendali per l'armonizzazione dei contenuti rispetto ad alcuni obiettivi comuni da conseguire nel biennio 2020-2021. Entro il 30 ottobre 2019 le ASL integrate dalle ASO hanno presentato i Piani Locali Cronicità, con cronoprogramma delle tappe di implementazione per il biennio 2020-2021.

c. Presa in carico

L'analisi delle proposte di PLC ha permesso di rilevare una distribuzione non uniforme dei PDTA avviati nelle varie Aziende. A livello aziendale l'implementazione dei PDTA BPCO e SC è risultata non omogenea (non tutti gli operatori sanitari, non su tutti i distretti). E' stato pertanto concordato che ogni Piano aziendale dovesse prevedere un Cronoprogramma delle tappe di implementazione/sviluppo per il biennio 2020-2021 delle voci minime obbligatorie

(PDTA BPCO, SC; MRC, Funzione infermieristica per la cronicità, Dimissioni assistite con focus sui determinanti comportamentali).

A seguito di una prima ricognizione sull'attivazione di servizi a supporto della cronicità effettuata con le ASR, è stato attivato un gruppo di lavoro interaziendale a regia regionale sulla Funzione infermieristica organizzata per la cronicità (FIOC) al fine di proporre una prima bozza di linee di indirizzo, da sottoporre alle ASL per la predisposizione di una proposta aziendale comprensiva di indicatori di processo, per mettere a sistema ciò che per ora è già funzionante ma frammentato e non canalizzato in percorsi.

E' emersa anche l'opportunità di integrare il lavoro di eventuali reti cliniche con un focus territoriale. E' stato realizzato un tavolo di confronto a livello regionale sul PDTA della BPCO a cui hanno preso parte i referenti della rete clinica pneumologica e i referenti dei Nuclei Aziendali per la Cronicità, che ha portato all'elaborazione di una bozza di documento regionale di PDTA per la BPCO.

e. Formazione

Sono state realizzate due prime giornate formative nell'autunno 2019, propedeutiche all'emersione di fabbisogni formativi comuni a tutte le Aziende per il 2020, in supporto alla fase attuativa. Il 21 ottobre la giornata ha visto coinvolti i Referenti Nuclei Cronicità e i Referenti della Formazione aziendali. La successiva giornata del 21 novembre ha invece coinvolto insieme ai Referenti Nuclei Cronicità i Referenti Prevenzione aziendale.

f. Sanità Digitale

Nel corso del 2019 sono state avviate le attività volte alla definizione dell'architettura logica del sistema informativo regionale di supporto alla gestione del percorso di cronicità. Nel farlo si è tenuto conto dei seguenti elementi che caratterizzano questa realtà:

- il sistema regionale di sanità elettronica si fonda sul principio che gli attori/organizzazioni/ enti del SSR cooperano e collaborano scambiandosi informazioni per mezzo di un'infrastruttura centralizzata governata dalla Regione;
- i servizi al cittadino sono fruibili per mezzo della piattaforma regionale, realizzata secondo il paradigma delle api, che attraverso l'infrastruttura di interoperabilità coopera con i sistemi informativi degli enti, ivi compresi quelli dell'amministrazione regionale;
- il piano di cura personalizzato è redatto e mantenuto nel tempo dal medico curante, e accompagnato dal documento di patient summary anch'esso di competenza del medico curante (l'attività di alimentazione dei documenti clinici da parte del MMG/PLS è da avviare);
- nello sviluppo del percorso di cura il paziente ha contatti con organizzazioni diverse.

Nelle linee generali, la progettazione ha identificato un sistema informativo costituito da più componenti, qui di seguito sinteticamente rappresentate:

- 1) banca dati degli assistiti stratificati; essa sarà alimentata periodicamente a partire dalle informazioni sanitarie del paziente di cui l'amministrazione regionale dispone in forma anonimizzata; i criteri di stratificazione potranno essere raffinati nel tempo, grazie alle informazioni del fascicolo sanitario elettronico, che rappresenta l'architrave informativa che rende possibile la gestione del percorso;
- 2) banca dati del consenso; sarà registrata la manifesta volontà del paziente di aderire alla cronicità; essa coopera con le analoghe banche dati delle ASR;
- 3) piattaforma dei servizi on line al cittadino; nella quale saranno resi disponibili servizi informativi e di educazione sanitaria, di rilevazione di informazioni riferite alle proprie abitudini al fine di aiutare il cittadino nel perseguire i corretti stili di vita;
- 4) piattaforma del Fascicolo Sanitario Elettronico; che costituisce lo strumento di condivisione dei dati e documenti clinici del paziente tra professionisti sanitari; nella gestione del percorso del paziente cronico, la disponibilità dell'informazione clinica riveste un ruolo determinante per il raggiungimento dell'obiettivo. E' quindi fondamentale valorizzare il potenziale informativo di cui si dispone già oggi e di quello di cui si disporrà con la piena attuazione del fascicolo, al fine di analizzare i dati longitudinalmente nel tempo, effettuare confronti e correlazioni, sollevare alert, avviare processi/attività (quali ad esempio, la prenotazione di un appuntamento). Per far ciò diviene indispensabile standardizzare e organizzare le informazioni oggi presenti nei documenti clinici così da poterli utilizzare in forma strutturata. A questo proposito il modello prevede l'evoluzione del fascicolo attraverso la costruzione della banca dati strutturata dei dati clinici e l'esposizione, per mezzo dell'infrastruttura di interoperabilità, di servizi (risorse fhir) attraverso i quali si potrà accedere ai dati organizzati;
- 5) banca dati del Piano di Cura Personalizzato (PCP) quale componente del fascicolo regionale preposta ad archiviare il documento di Patient Summary;
- 6) CUP regionale;

- 7) cartelle cliniche del medico curante o aziendali; che dovranno generare i documenti di PCP e Patient Summary, alimentare il FSE, consentire di consultare i dati del fascicolo e ricevere notifiche;
- 8) sistemi informativi delle ASR; che dovranno anch'essi ricevere notifiche, alimentare e consentire la consultazione dei dati del fascicolo, etc.;
- 9) sistema di sviluppo dell'integrazione territorio-ospedale-territorio: in tale ambito è necessario dotare i NOCC e i NDCC di strumenti per facilitare il flusso dei pazienti; è già stata effettuata una specifica analisi al fine di individuare le più importanti criticità e definire il modello informatico/informativo di riferimento;
- 10) sistema di governo del percorso; sarà istituita una infrastruttura centrale di supporto al governo del percorso indicato nel PCP del singolo paziente o nel PDTA a cui il paziente è associato; essa avrà l'obiettivo di generare alert e notifiche indirizzate al paziente e ai professionisti al fine di garantire lo sviluppo del percorso nel tempo e supportare la gestione di situazioni critiche o particolari;
- 11) sistema decisionale; componente a supporto della governance sia complessiva sia dedicata ad approfondimenti verticali per ciascuna tipologia di professionista coinvolto dal percorso.

Azione n. 2) La sperimentazione regionale delle Case della Salute.

Le Case della Salute (CS), sperimentate in Piemonte a partire dal 2017 ed entrate a regime nella rete territoriale dal 2019, rappresentano centri o reti di riferimento delle cure primarie dislocate nell'ambito distrettuale, che non sostituiscono ma integrano, interagiscono e supportano l'attività dei MMG/PLS e delle rispettive forme associative già esistenti.

La CS è pertanto integrata operativamente nell'articolazione del Distretto, quale interfaccia del complesso dei rapporti tra cure primarie e tutte le altre aree coinvolte nell'erogazione degli interventi che compongono i percorsi di salute dei pazienti affetti da patologie croniche.

Nel disegno regionale la CS ha inteso rappresentare un concreto strumento:

- per il perseguimento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa delle cure territoriali;
- per ridurre le funzioni improprie finora svolte dall'ospedale, predisponendo realtà territoriali vicine alla comunità locale, che si occupano principalmente della gestione delle patologie croniche nonché delle urgenze di bassa complessità, senza caratteristiche di emergenza.

La rete regionale conta, alla data del 31.12.2019 n. 71 CS, dislocate su ciascuno dei 34 Distretti delle 12 ASL piemontesi, nell'ambito di strutture in prevalenza di proprietà ASL (45 su 71) o di proprietà di Enti locali o di soggetti privati o Fondazioni.

Le CS sono così dislocate sul territorio regionale:

- 24 CS nell'Area metropolitana torinese, che comprende le ASL Città di Torino, To3, To4 e To5
- 21 CS nell'Area Piemonte Nord Est, che comprende le ASL Vercelli, Biella, Novara e VCO
- 18 CS nell'Area Piemonte Sud Ovest, che comprende le ASL CN1 e CN2
- 8 CS nell'Area Piemonte Sud Est, che comprende le ASL Asti e Alessandria

1. Modelli organizzativi

Nella sperimentazione regionale sono emerse le seguenti tipologie di modelli organizzativi, come specificato nella Tabella A allegata:

- a) strutturale (CSS): il complesso delle prestazioni per la gestione delle cronicità è prevalentemente erogato nella struttura: l'equipe di MMG/PDLS ha sede lì o comunque gestisce lì i propri pazienti cronici (medicina di attesa + medicina d'iniziativa). Esempio: CS di Arona, CS di Avigliana (ex CAP);
- b) funzionale (CSF): in tale modello non troviamo necessariamente una struttura centrale di riferimento ma un coordinamento in rete fra più sedi territoriali di assistenza primaria, specialistica/diagnostica e socio-sanitaria. I MMG operano nei propri ambulatori associati, nelle forme sopra indicate e si interfacciano con l'area specialistica e diagnostica ospedaliera e territoriale per la gestione dei PDTA attraverso procedure informatizzate oggi in fase di unificazione nell'ambito del sistema FSE. Esempio: Ambulatori della Salute dell'ASL CN1;
- c) strutturale-funzionale (CSSF): le prestazioni per la gestione delle cronicità sono erogate nella struttura (hub) e nella rete alla stessa collegata (spoke). Il gruppo di MMG/PDLS opera nella rete collegata e fa riferimento alla CS per la gestione dei percorsi per le cronicità e per le necessarie prestazioni diagnostiche e specialistiche. Esempio: CS dell'ASL To4.

Nell'ambito di tali reti funzionali a carattere multiprofessionale, la figura dell'IFEC svolge il ruolo fondamentale di "trait d'union" fra le diverse competenze professionali e aree disciplinari; rappresenta inoltre un importante anello di congiunzione tra sociale e sanitario per l'integrazione dei rispettivi livelli di assistenza.

Alcune CSS o miste operano con annessi p.l. cd. di residenzialità assistita, ovvero sezioni della struttura idonee rispetto ai requisiti previsti per l'assistenza residenziale a non autosufficienti, a carattere temporaneo, destinata a pazienti affetti da patologie croniche non acute, provenienti dal domicilio o dimessi dall'ospedale, i quali sono seguiti direttamente dal proprio MMG con il supporto del team assistenziale ASL composto da personale infermieristico, OSS e altro personale in relazione alla tipologie dei percorsi trattati.

In Piemonte queste strutture, parti integranti e/o afferenti alle relative Case della Salute distrettuali, sono : Trivero ASL Biella, Arona ASL NO, Montiglio M.to ASL AT, Ovada ASL AL.

2. Bacino di utenza

La percentuale di popolazione regionale servita dalle CS si rileva attorno al 40 %.

Per la maggior parte delle Case della Salute (81% del totale) il bacino di utenza è inferiore ai 30.000 abitanti. Il 15% del totale ha invece un bacino di utenza compreso tra i 30.000 e i 60.000 abitanti, mentre solo il 4% delle CS, tutte in territori metropolitani (Torino e Novara) ha un bacino d'utenza superiore ai 90.000 abitanti.

3. Orari e tipologia di accesso

L'obiettivo delle CS è raggiungere un orario di funzionamento tale da consentire una risposta continuativa, nell'arco delle 24 ore o almeno delle 12 ore, in coerenza con la domanda di salute rilevata nell'ambito territoriale servito.

Sono 11, il 16 % del totale, le Case della Salute con orario H24 su 7 giorni, considerato il raccordo con l'attività di continuità assistenziale presente in struttura (o nei pressi della CS).

Sono 16, il 23 % del totale, quelle con orario H12.

30 CS (il 31% del totale) svolge invece un orario intorno alle 8 ore giornaliere, nei giorni feriali.

Restano 13 CS (19 % del totale) con orario di funzionamento inferiore alle 8 ore/giorno.

Nell' 80% delle CS l'accesso avviene sia in forma diretta che su prenotazione, mentre nella restante quota si riceve solo su prenotazione.

Tutte le CS sono dotate di un Punto di Accoglienza; 60 CS sono anche sede di CUP e 47 sono sede di Sportello unico socio-sanitario (SUSS) o Punto unico di accesso (PUA).

4. Attività erogate

Fra le attività erogate emerge la centralità della funzione infermieristica: tutte le CS sono dotate di ambulatorio infermieristico e nell'80% delle stesse è presente o previsto l'inserimento della figura dell'IFEC.

Nella CS sono poi presenti gli studi MMG/PLS e, in quelle strutturali, anche gli ambulatori specialistici e per la diagnostica di base, le sedi per le attività UVG (50% delle CS) e per le attività socio-sanitarie (60%).

In 50 CS (il 71 % del totale) la continuità dell'assistenza è integrata dal servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica), ubicato nella sede o in prossimità.

Circa la metà delle CS sono anche sedi di postazione 118 e tutte sono collegate con la rete DEA ASL/AO attraverso appositi protocolli operativi.

Nel 2019 sono stati seguiti nel circuito CS n. 376.503 pazienti, il 45% dei quali sono stati gestiti solo dall'ambulatorio infermieristico mentre il 55% è stato gestito dalla rete integrata MMG/PLS e altre figure professionali dell'area medica infermieristica ecc.

Per quanto attiene agli esiti degli accessi alle Case della Salute, si riscontrano le seguenti percentuali di pazienti:

- rinviati al proprio MMG/PLS per proseguimento del percorso: 75%
- per cui sono stati richiesti approfondimenti diagnostico/specialistici: 10%
- indirizzati verso attività/strutture dell'area socio-sanitaria: 3%
- indirizzati verso l'area socio-assistenziale: 2%
- indirizzati verso strutture ospedaliere: 1%
- trasferiti in DEA: 4%

4. Percorsi di cura per le cronicità

Nella rete CS l'attivazione dei percorsi di prevenzione e di cura (PDTA) per i pazienti cronici, con l'impegno dei professionisti appositamente dedicati in relazione ai tipi di patologia, è partita dal 2017/2018 con i percorsi più diffusi e consolidati nei Distretti delle ASL piemontesi, quali ad es. la Gestione Integrata del Diabete (avviata fin dal 2008), la BPCO, lo Scompenso cardiaco e l'ipertensione.

I percorsi vengono articolati e organizzati secondo le indicazioni normative regionali, contenute nel Piano regionale cronicità e nei provvedimenti relativi ai PDTA "quadro" e vengono gestiti seguendo organizzazione e percorsi previsti nell'ambito del Piano Locale per la Cronicità adottato da ciascuna ASL nel corso del 2019.

Proprio con riferimento alla gestione dei PDTA è emerso come determinante il ruolo dell'IFEC, unitamente al MMG, nell'espletamento di un servizio innovativo e di tipo pro-attivo, svolto in un'ottica di prevenzione ed empowerment e di collaborazione complementare con gli infermieri del territorio, con i medici e le altre figure professionali coinvolte, nonché con tutte le risorse specifiche del territorio.

Nel corso del 2019 sono stati seguiti nel circuito CS circa 80.000 pazienti nei principali PDTA, dei quali:

Gestione integrata del diabete: 66.213

Scompenso Cardiaco: 2.900

BPCO: 6.375

Azione 3) Nuclei Ospedalieri e Distrettuali di Continuità delle Cure.

Con D.G.R. n. 27-3628 del 28 marzo 2012 "Attuazione Piano rientro – D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - la rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale" è stato approvato un percorso integrato di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio sanitario con le relative modalità organizzative e operative. Altresì, la suddetta Deliberazione istituisce il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC), che deve assicurare la funzione presso i Presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Regionali, e il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC), che a sua volta deve governare il post dimissione dei residenti della propria ASL/Distretto.

Nel 2019 sono state rilevate l'organizzazione e le modalità operative dei NOCC e degli NDCC, al fine di un monitoraggio anche in relazione al Piano Cronicità.

Pertanto, si sono somministrate le Schede di rilevazione, distinte per i NOCC - con nota prot. n. 4422 del 26 febbraio 2019 - alle AOU/AO/ASL e per i NDCC – con nota prot. n. 4423 del 26 febbraio 2019 - alle ASL.

Le Schede di rilevazione hanno esplorato diverse aree, tra le quali:

- a) l'organizzazione aziendale
- b) il modello organizzativo e gestione operativa
- c) i criteri di eligibilità per i diversi setting di cura residenziali extraospedalieri: hospice, posti letti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) e residenzialità socio-sanitaria nonché Cure domiciliari e Cure domiciliari palliative (art. 22 e 23 del DPCM – Nuovi LEA del 12 gennaio 2017)
- d) Segnalazioni:
 - criticità Schede di rilevazione per NOCC: organizzative e/o gestionali interne al servizio, organizzative e/o gestionali con i reparti/servizi intraospedalieri, organizzative e/o gestionali con i servizi territoriali - NDCC - Distretto
 - criticità Schede di rilevazione per NDCC: organizzative e/o gestionali interne al servizio, organizzative e/o gestionali con i reparti ospedalieri, organizzative e/o gestionali con i servizi/strutture territoriali
 - proposte Schede di rilevazione per NOCC e NDCC: ad ogni criticità segnalata proporre suggerimenti finalizzati al superamento della stessa.

Le Aziende Sanitarie Regionali hanno restituito entro l'11 marzo 2019, come da richiesta regionale, le Schede di rilevazione.

Le informazioni sono state oggetto di analisi e sistematizzate in tabelle riepilogative, mettendo a confronto, per alcune aree di indagine conoscitiva, le informazioni dei NOCC con quelle degli NDCC.

Ciò che è emerso dall'analisi è, principalmente, la necessità di un sistema informativo che metta in comunicazione, tramite web, NOCC e NDCC, affinché le informazioni siano bidirezionali. Altresì, implementare la figura dell'Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale dell'Azienda Sanitaria anche per il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure, nonché riaggiornare, ove necessita la D.G.R. n. 27-3628 del 28 marzo 2012.

Il numero di pazienti seguiti nel percorso di cura ospedale/territorio nel 2019 tramite azioni dei NOCC e degli NDCC delle ASR è stimabile, per difetto, in circa 16.880 unità (escluso prese in carico Hospice).

Azione 4) Le Cure Domiciliari Riabilitative.

Con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza, al punto 1.C "Area integrazione socio-sanitaria" è stata definita, quale macro livello, l'Assistenza territoriale ambulatoriale e a domicilio, specificandone le prestazioni: tra queste sono elencate le prestazioni riabilitative al domicilio.

Con la D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i. avente come oggetto "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte" è stato definito un modello assistenziale unico di assistenza sanitaria erogata al domicilio dell'assistito in modo continuo ed integrato, al fine di fornire cure appropriate da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) e di altri operatori

sanitari e sociosanitari – quali ad esempio Medici specialisti, Psicologi, Infermieri, Terapisti della riabilitazione, Operatori Socio Sanitari (OSS) secondo le necessità rilevate attraverso una valutazione multidimensionale. La Giunta Regionale con la Deliberazione n. 10-5605 del 2 aprile 2007 ha approvato la riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte, fornendo le prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali, nel cui ambito sono previste, tra le attività riabilitative territoriali, le funzioni riabilitative domiciliari.

Il D.P.C.M. 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. 50” all'art. 22 Cure Domiciliari comma 1 stabilisce che “*Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.*”

Nel 2019 si è reso necessario definire in modo specifico i percorsi di attivazione ed erogazione delle Cure Riabilitative Domiciliari per adulti e per minori, con l'emanazione della DGR n. 91-9000 del 16 maggio 2019 “*D.P.C.M. 12 gennaio 2017 art. 22. Nuove procedure e modalità organizzative delle Cure Domiciliari Riabilitative in Piemonte – Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 80-10902 del 3 febbraio 1987 e s.m.i.*”, che, al fine di annoverare tra le tipologie di Cure Domiciliari anche quella riabilitativa, già in essere e da sempre erogata, ma non codificata, istituisce la tipologia: Servizio Riabilitativo Domiciliare relativo al Recupero e alla Riabilitazione Funzionale per gli adulti (SRD-RRF) e all'intervento della Neuropsichiatria Infantile (SRD-NPI) per i minori.

Nello specifico il provvedimento definisce:

1. i destinatari delle Cure riabilitative domiciliari
2. i criteri di eleggibilità
3. i setting di provenienza
4. le scale di valutazione per la presa in carico
5. le figure professionali.

Altresì, vengono definiti in modo puntuale i Percorsi da ogni setting di cura per l'attivazione della Cura Riabilitativa Domiciliare (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori):

da Presidi ospedalieri pubblici (ASL, AOU, AO)

- da Case di Cura, Presidi Ospedalieri privati, IRCCS, CAVS
- da domicilio.

Inoltre la suddetta deliberazione ha fornito specifiche indicazioni in merito alle procedure e modalità organizzative di erogazione delle relative Cure Domiciliari Riabilitative (SRD), e ha rimandato l'adozione della modulistica necessaria adottata con la Determinazione Dirigenziale n.672 del 27 settembre 2019, n. 672 “*Adozione dei moduli di Proposta di Progetto Riabilitativo Individuale (PPRI), di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e delle Schede di Valutazione di fine trattamento riabilitativo nell'ambito Cure Domiciliari Riabilitative in attuazione della D.G.R. n. 91-9000 del 16 maggio 2019.*”

Il numero di assistiti in Cure Domiciliari Riabilitative nel 2019 è stato di n. 5508 comprensivi di prese in carico di SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori.

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

DENOMINAZIONE: PROMOZIONE DI RETE NAZIONALE PER I TUMORI RARI

Il progetto ha previsto quanto segue:

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

- 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.

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.

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 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 delle neoplasie anche in vista di uno sviluppo coordinato di eventuali biobanche dei tessuti.

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 deve fare riferimento con chiarezza a quale Linea Guida ci si riferisca.

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

DENOMINAZIONE PROGETTO: BIOBANCA PER LA RACCOLTA DI TESSUTO OVARICO O CELLULE GERMINALI PER LE GIOVANI DONNE AFFETTE DA NEOPLASIA O MALATTIE CRONICHE DEGENERATIVE

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

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

Tale gruppo ha il compito di:

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

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

Obiettivi qualitativi

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

Non vi sono elementi di certezza che in Regione Piemonte per tutte le donne a rischio di "ovarian failure" per cause farmacologiche o terapeutiche siano offerte opzioni omogenee a riguardo.

Si vuole attivare un percorso in grado di:

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

2. Allestimento di una biobanca dedicata

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

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

Occorre con i diversi attori coinvolti condividere un piano di intervento che porti alla realizzazione di un unico polo di conservazione di materiale biologico sia a scopo diagnostico sia a scopo terapeutico presso AOU CSS che dia garanzia di qualità

Obiettivo quantitativo

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

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

DENOMINAZIONE PROGETTO: UMANIZZAZIONE

Il Decreto del Ministero della Sanità 15 ottobre 1996 recante "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie" prevede l'adozione in tutte le strutture del SSN di "un insieme di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione...".

L'obiettivo dell'umanizzazione dell'assistenza è altresì ribadito nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e confermato, nel 2014, quale obiettivo di carattere prioritario e di rilievo nazionale nell'ambito dell'Accordo Conferenza Stato-Regioni - Rep. Atti n. 13/CSR del 20 febbraio 2014.

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 impegnino ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza.

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.

La Regione Piemonte, nell'ambito delle iniziative legate al processo di empowerment, ed in coerenza con il PSSR 2012-2015, si è fatto promotore 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.

L'umanizzazione delle cure non può prescindere da un modello di presa in carico multidisciplinare realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei familiari nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale. E' basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di un'integrazione reale sia a livello ospedaliero, fra le

diverse strutture coinvolte, sia tra ospedale e strutture/professionisti presenti sul territorio fornendo risposte appropriate, sicure ed efficaci ai differenti bisogni assistenziali.

Il Piano di cronicità della Regione Piemonte introduce il concetto di patient empowerment che, negli ultimi anni, ha assunto crescente attenzione in sanità con particolare riguardo ai percorsi connessi alle patologie croniche che hanno visto un mutamento profondo dei modelli di cura tendente ad una sempre maggiore valorizzazione del ruolo della persona, vista come soggetto attivo ed “esperto” all’interno del processo clinico-assistenziale.

In particolare i nuovi modelli evidenziano la necessità di adeguare, in modo sostanziale, sia la funzione che l’organizzazione dei servizi improntati su un differente modello culturale basato sulla centralità della persona malata e dei suoi bisogni e sull’integrazione dei servizi. Obiettivo irrinunciabile di un sistema di assistenza alle cronicità è, infatti, il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia.

La Regione Piemonte, mutuando il percorso avviato dalla Rete HPH regionale sul tema “engagement”, all’interno della più ampia esperienza maturata a livello internazionale, ha ritenuto di individuare le New Haven Recommendations come riferimento per la pianificazione di specifiche strategie e azioni per costruire efficace partenariato che coinvolgano pazienti, famiglie e cittadini, strutturate secondo tre livelli di priorità:

1. sostenere il coinvolgimento del paziente e delle famiglie nel momento di fruizione del servizio (micro livello);
2. sostenere il coinvolgimento del paziente, delle famiglie e dei cittadini all’interno degli ospedali e dei servizi per la salute (meso livello);
3. sostenere il coinvolgimento del paziente, delle famiglie e dei cittadini nella pianificazione delle politiche dei sistemi di erogazione dell’assistenza (macro livello).

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, si è provveduto, nel corso del 2019, alla definizione di obiettivi da assegnare ai Direttori generali delle ASR, finalizzati alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento all’umanizzazione dell’assistenza nell’ambito dei percorsi di continuità ospedale-territorio, pronto soccorso e cronicità.

Con riferimento all’annualità 2019 si è proceduto, pertanto, alla valutazione dei modelli organizzativi implementati a livello aziendale, con riguardo al percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente in P.S., tramite la somministrazione a tutte le ASR di una checklist di valutazione partecipata del grado di umanizzazione del percorso di continuità ospedale-territorio messi in atto a livello aziendale. A ciascun item di cui alla Check list è assegnato un punteggio a secondo del minor o maggior livello di coerenza del modello rispetto alla normativa ed alle esigenze di garantire il percorso di continuità assistenziale. L’applicazione della Check list consentirà di evidenziare eventuali criticità relativamente alle quali alle ASR verrà richiesto di promuovere delle azioni di miglioramento che saranno oggetto di valutazione a livello regionale.

Con riguardo al tema della cronicità è stato, altresì, assegnato un obiettivo ai Direttori Generali volto a favorire lo sviluppo di progetti di empowerment – in linea con le previsioni del Piano di cronicità regionale - attraverso la pianificazione di specifiche strategie e azioni atte a costruire un efficace partenariato in coerenza con le indicazioni di cui alle Linee di indirizzo New Heaven e strutturati secondo apposito format, nonché la realizzazione delle azioni pianificate entro l’anno 2019.

Le attività di coordinamento a livello regionale delle equipe territoriali, nonché la valutazione ed il monitoraggio delle azioni di miglioramento, sono state realizzate dalla Cabina di regia regionale.

Il progetto ha dato, altresì, luogo all’implementazione, a livello regionale, di un modello strutturato per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie sotto il profilo dell’umanizzazione dell’assistenza nell’ambito delle strutture di ricovero, attraverso la definizione di una Cabina di regia regionale e di una rete di referenti aziendali e civici nell’ambito delle ASR.

A livello aziendale si è provveduto all’implementazione delle azioni di miglioramento utili a superare le criticità rilevate, suddivise in 3 tipologie: quelle a breve e a medio termine implementabili a livello aziendale e quelle a lungo termine con impatto a livello di sistema regionale per la cui implementazione si rendeva, pertanto, necessaria una specifica attività di programmazione e/o di finanziamento a livello regionale

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

Il progetto è stato sviluppato attraverso fasi successive. Nel corso della prima fase di avvio del progetto, sulla scorta della progettualità nazionale finalizzata alla rilevazione del grado di umanizzazione delle strutture ospedaliere nazionali, sono state realizzate le seguenti attività:

1. Partecipazione al Gruppo Interregionale Operativo, costituito da tutte le Regioni e Province Autonome aderenti al progetto, che ha provveduto alla realizzazione del piano operativo condiviso con il Gruppo di Coordinamento Nazionale;
2. Reclutamento dei referenti civici regionali, secondo il modello storico di coinvolgimento dei cittadini, da includere nella Cabina di Regia regionale;
3. Costituzione della Cabina di Regia Regionale;
4. Collaborazione alla realizzazione del corso di formazione nazionale per i referenti civici regionali e i referenti delle Regioni/PA;
5. Partecipazione alla definizione di LLGG per la diffusione pubblica dei risultati della valutazione, condivise con Regioni/PA, Professionisti e Cittadini;
6. Reclutamento degli stabilimenti di cura, in cui è stata realizzata la valutazione partecipata;
7. Coordinamento della fase di costituzione delle équipes locali;
8. Diffusione dei dati a livello locale (équipes e comunità locali) secondo le modalità indicate nelle Linee guida definite a livello nazionale, al fine di garantire la massima trasparenza sulle informazioni relative al grado di umanizzazione delle strutture di ricovero, a livello regionale e a livello di singola struttura;
9. Promozione dei piani di miglioramento, che saranno oggetto di monitoraggio del Programma nazionale che potrà seguire al progetto di ricerca.

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

1. Condivisione del piano operativo generale del progetto e del piano operativo specifico della propria Regione/PA con il Gruppo di Coordinamento Nazionale.
2. Partecipazione alla condivisione di un documento inerente il ruolo e le caratteristiche del referente civico regionale, con relativa procedura di reclutamento. Il documento è stato utilizzato come guida per reclutare - secondo il proprio modello di coinvolgimento dei cittadini - il referente civico regionale.
3. Collaborazione alla realizzazione dell'incontro formativo nazionale per i referenti civici regionali e i referenti delle Regioni/PA, mettendo a disposizione la propria esperienza per la realizzazione del programma formativo.
4. Partecipazione alla definizione delle Linee Guida per la diffusione pubblica dei risultati della valutazione, condivise con Regioni/PA, professionisti e cittadini, mettendo a disposizione le proprie esperienze di diffusione regionale ed aziendale dei dati di umanizzazione.
5. Realizzazione dei corsi di formazione regionale secondo il format condiviso con il Gruppo di Coordinamento Nazionale.
6. Realizzazione della valutazione partecipata, della restituzione dei dati alle Aziende e a cascata alle équipes locali, secondo le modalità concordate con il Gruppo di Coordinamento Nazionale.
7. Promozione dei piani di miglioramento e degli eventi di diffusione locale sulla base di elementi comuni condivisi con il Gruppo di Coordinamento Nazionale e con il Gruppo Interregionale Operativo

Relativamente alle attività previste per le prime fasi di avvio del progetto la Regione Piemonte ha ottenuto i seguenti risultati

1. La Regione Piemonte ha partecipato al Gruppo Interregionale Operativo del progetto ed ha provveduto all'implementazione delle attività previste dal piano operativo proposto dal Gruppo di Coordinamento Nazionale
2. È stata costituita la Cabina di regia regionale su progetto con partecipazione del referente civico regionale. Hanno partecipato alla Cabina di Regia le persone di seguito elencate:
 - dott.ssa Mirella ANGARAMO - funzionario direzione regionale Sanità;
 - dott.ssa Paola BORELLI - SC Qualità, Risk Management e Accreditamento dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
 - dott.ssa Italia DI MARCO - responsabile SSD URP – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;
 - dott. Alessandra D'ALFONSO - responsabile S.S. "Gestione Rischio" -ASL Città di Torino;
 - dott.ssa Giuseppina VIOLA - responsabile "Qualità relazionale e umanizzazione dei percorsi sanitari – URP area est" ASL Città di Torino;

- dott.ssa Teresa GIACHINO AMISTA' - Dirigente Medico - SS "Formazione Competenze Qualità" ASLCN1;
 - dott. Giorgio PRETTI – responsabile medico S.S. Consultori e UGR ASL NO;
 - Sig.ra Elisabetta SASSO - referente civico per il Piemonte per CittadinanzAttiva-Tribunale per i Diritti del malato
1. È stata attivata la rete regionale referenti aziendali e cittadini per la rilevazione e per il miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti;
 2. Il referente regionale ed alcuni membri della Cabina di Regia hanno preso parte e contribuito alla realizzazione del corso di formazione nazionale per i referenti civici regionali e i referenti delle Regioni/PA, organizzato da Agenas;
 3. La Regione Piemonte ha contribuito alla definizione di LLGG per la diffusione pubblica dei risultati della valutazione, condivise con Regioni/PA, Professionisti e Cittadini;
 4. Si è provveduto al coordinamento della fase di costituzione delle equipe, alla formazione – mediante realizzazione di un corso regionale – ed al coordinamento della fase di valutazione del livello di umanizzazione dei presidi in conformità agli strumenti di rilevazione ed alle modalità definite, a livello nazionale, da AGENAS. È stato dunque possibile provvedere all'allineamento della rilevazione, in tutte le strutture oggetto della valutazione, all'ultima versione della checklist predisposta da AGENAS, anche tenuto conto dei miglioramenti realizzati a livello aziendale.

Successivamente, la Regione Piemonte, pur proseguendo nelle attività di implementazione della progettualità nazionale, conclusa la fase di rilevazione delle criticità in ambito ospedaliero - rilevate secondo la check list AGENAS - ha proseguito con il monitoraggio delle azioni di miglioramento progressivamente definite ed implementate a livello aziendale.

Relativamente alle attività previste per l'annualità 2019, la Regione Piemonte ha ottenuto i seguenti risultati:

1. Avvio di un percorso di miglioramento a livello aziendale attraverso la assegnazione alle direzioni strategiche di specifici obiettivi incentivanti finalizzati alla predisposizione dei piani di miglioramento ed alla realizzazione delle azioni di correttive;
2. Implementazione applicativo regionale finalizzato alla raccolta e condivisione delle buone pratiche realizzate, da parte delle ASR, in attuazione delle azioni di miglioramento su criticità rilevate in sede di valutazione delle strutture;
3. Implementazione di modelli di analisi anche con riguardo a specifici percorsi di presa in carico del paziente, con particolare riguardo al percorso di continuità ospedale territorio attraverso la somministrazione a tutte le ASR di una check list di rilevazione e la successiva autovalutazione aziendale;
4. implementazione di specifiche attività di monitoraggio sulle criticità evidenziate dalle Aziende sui percorsi oggetto di analisi e valutazione delle azioni di miglioramento predisposte a livello aziendale a fronte delle criticità rilevate.

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

1. Definizione di un modello strutturato per il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie sotto il profilo dell'umanizzazione dell'assistenza nell'ambito delle strutture di ricovero;
2. Definizione, a livello regionale, di una funzione qualificata sui temi dell'umanizzazione e dell'empowerment che, attraverso le attività della Cabina di regia svolge un ruolo di coordinamento ed indirizzo a favore delle ASR sia in sede di valutazione che di implementazione delle azioni di miglioramento e successivo monitoraggio;
3. Definizione di una rete stabile di referenti aziendali e referenti civici formati sulle specifiche tematiche dell'umanizzazione delle strutture di ricovero e, pertanto, qualificati alla realizzazione del progetto con particolare riguardo alle fasi di valutazione partecipata e di implementazione e monitoraggio delle azioni di miglioramento;
4. Promozione della cultura dell'umanizzazione e dell'empowerment all'interno delle ASR, anche al livello apicale, attraverso l'assegnazione di specifici obiettivi ai D.G. delle ASR finalizzati alla verifica della qualità – in termini di umanizzazione - dei servizi e delle prestazioni sanitarie erogate;
5. Definizione di uno strumento – format regionale - per la rilevazione delle aree critiche e per la predisposizione dei "Piani di miglioramento" – per un monitoraggio strutturato e continuo delle azioni correttive implementate a livello aziendale sulle aree critiche;
6. Avvio, a livello aziendale, di una fase di pianificazione – condivisa con i cittadini - delle azioni di miglioramento sulle criticità rilevate in sede di valutazione della qualità delle strutture di ricovero sotto il profilo dell'umanizzazione – con particolare riguardo al profilo della predisposizione di miglioramento della

qualità dei servizi improntati su un differente modello culturale basato sulla centralità della persona malata e dei suoi bisogni e sull'integrazione dei servizi;

7. Avvio, a livello regionale, di un'attività per la progettazione di miglioramenti sulle criticità di rilevanza sovra-aziendale nonché di una funzione stabile di monitoraggio continuo sui Piani di miglioramento delle ASR – con particolare riguardo alle azioni di miglioramento ad impatto aziendale a breve/medio termine assegnate quale obiettivo ai DG delle ASR;
8. Definizione di ulteriori strumenti regionali di indagine e monitoraggio sui tempi dell'empowerment, con particolare riguardo alla definizione della check list per la valutazione e miglioramento del percorso di presa in carico del paziente in continuità ospedale territorio;
9. Diffusione pubblica dei risultati della valutazione attraverso la realizzazione di eventi/conferenze aziendali e di un evento regionale (quest'ultimo con la partecipazione di AGENAS, Regioni, ASR, Associazioni, Cittadini);
10. Definizione di un sistema di condivisione e diffusione, a livello di Servizio Sanitario regionale, delle buone pratiche attraverso la creazione di una piattaforma regionale per la raccolta delle azioni di miglioramento implementate a livello aziendale;
11. Diffusione, a livello aziendale, delle New Haven Recommendations come riferimento per la pianificazione di specifiche strategie e azioni per costruire efficace partenariato che coinvolgono pazie

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

DENOMINAZIONE PROGETTO: PROGRAMMA REGIONALE DI TERAPIA DEL DOLORE

Il progetto ha previsto quanto segue:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DENOMINAZIONE PROGETTO: SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Il progetto ha previsto quanto segue:

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

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

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

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

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

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

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

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

LINEA PROGETTUALE 4 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE DENOMINAZIONE PROGETTO: PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

La Regione Piemonte ha approvato, con DGR n. 27-7048 del 14 giugno 2018, la rimodulazione per il 2018 e la proroga al 2019 del Piano regionale di prevenzione di cui alla DGR n. 25-1513 del 3/06/2015. Sulla base di questo provvedimento, con DD n. 282 del 18/04/2019 è stata approvata la programmazione annuale regionale per il 2019, contenente anche gli indirizzi per la stesura dei Piani locali di prevenzione (PLP) 2019.

RISULTATI RAGGIUNTI 2019

Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili: Guadagnare Salute Piemonte

Per quanto riguarda il setting "scuola", l'alleanza scuola/sanità prosegue nell'ambito del Protocollo d'Intesa 2017-2020, adottato con DGR 73-6265 del 22/12/2017. Le Linee Guida "Scuole che promuovono salute", rinnovate fino al 2020, 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. Il gruppo tecnico regionale si è riunito 4 volte in plenaria. Le tematiche discusse hanno prevalentemente riguardato la modellizzazione dei progetti definiti di interesse regionale, in particolare il progetto "Un patentino per lo smartphone". Sono state realizzate due giornate di formazione congiunta residenziale cui hanno partecipato tutti gli Uffici scolastici territoriali e le ASL del Piemonte. Si è costituito il gruppo di lavoro intersettoriale (Sanità - MIUR) che cura il percorso formativo per le scuole aderenti alla Rete SHE Piemonte; nel 2019 sono state realizzate 4 giornate di formazione SHE e una giornata di coordinamento tra tutte le ASL.

Anche nel 2019 si è registrata una buona diffusione dell'adozione di progetti di "buona pratica" da parte delle scuole: delle 566 scuole che hanno ricevuto il catalogo, 468 hanno adottato progetti di buona pratica (82%). In particolare sono stati implementati i progetti di interesse regionale "Un patentino per lo smartphone" in 8 ASL (94 plessi), "Unplugged" in 11 ASL (82 plessi), e "Diario della Salute" in 6 ASL (41 plessi). I plessi coinvolti nei 3 progetti rappresentano il 35% dei plessi della scuola secondaria di I grado, target specifico degli interventi.

Nell'ambito del setting "comunità e ambienti di vita", è proseguita in tutte le ASL l'attività dei gruppi di cammino, con mantenimento dei gruppi attivi e implementazione di nuovi gruppi; sono stati utilizzati diversi strumenti di valutazione: 129 gruppi sui 155 censiti dalla banca dati ProSa adottano strumenti di valutazione.

È stato avviato il caricamento nella banca dati regionale delle informazioni nutrizionali relative agli snack più consumati dai bambini, in relazione alle etichette raccolte in occasione della sorveglianza OKkio alla Salute 2019, con istruzioni diffuse a luglio ai SIAN per uniformare le modalità di caricamento. Le guide per la scelta degli spuntini freschi e confezionati, rivolte rispettivamente ai genitori/nonni e agli operatori sanitari/insegnanti della scuola primaria, sono state presentate alle ASL durante il corso per l'avvio di OKkio alla Salute, e sono inserite in almeno un progetto a catalogo in tutte le ASL. Nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra la Regione Piemonte e l'Associazione Regionale Panificatori, per la riduzione del contenuto di sale nel pane, tutte le ASL hanno attivato

almeno una azione tra quelle raccomandate: eventi formativi nelle scuole, azioni di sensibilizzazione rivolte a MMG e PLS, incontri informativi con la popolazione, nella ristorazione collettiva e azioni di monitoraggio del contenuto di sale in campioni di pane prodotto dai panificatori aderenti all'iniziativa.

Nell'ambito della prevenzione del consumo rischioso di alcol, è proseguita l'attività della rete Safe Night, con incontri mensili di monitoraggio; 11 ASL hanno realizzato progetti riconducibili alla Rete, sia proseguendo il progetto multicomponente già avviato in precedenza, sia avviando specifiche azioni nei contesti locali del divertimento giovanile. Complessivamente sono documentati in ProSa 13 progetti in 11 ASL; tutti hanno utilizzato il "Manuale per un serata felice" elaborato dal gruppo regionale.

In tutte le ASL sono stati realizzati eventi e/o percorsi informativi rivolti alla popolazione (in particolare alla fascia d'età anziana) sul tema degli stili di vita e la sicurezza in casa, grazie alla collaborazione con soggetti del territorio, quali lo SPI (Sindacato pensionati), le Circoscrizioni, le Amministrazioni comunali, i Centri anziani; gli incontri hanno interessato 28 distretti su 32.

Per quanto riguarda la promozione della salute nel setting "ambienti di lavoro", è stato erogato, in una prima fase sperimentale, il corso FAD "Lavoratori e stili di vita: dall'informazione alla progettazione di interventi" rivolto agli operatori sanitari che operano nei luoghi di lavoro. Sono stati realizzati in quasi tutte le ASL progetti WHP multi-componente e multi-fattoriali, rivolti prevalentemente ai dipendenti ASL. Il modello di rete WHP Piemonte e il relativo modello organizzativo sono stati presentati a operatori e stakeholder in un seminario dedicato.

Nell'ambito del setting "servizi sanitari", sono proseguiti in 5 ASL i corsi di formazione per gli operatori relativi al sostegno degli allattamenti difficili; è proseguito il monitoraggio longitudinale dell'allattamento al seno in 9 ASL su 12, parallelamente all'avvio della sorveglianza "0-2" che restituirà il dato regionale relativo all'allattamento.

È proseguita in tutte le ASL l'attività formativa per l'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol. In 11 ASL è stata mantenuta l'attività del Gruppo Aziendale Fumo e sono proseguiti gli interventi che utilizzano la metodologia del counseling. Il documento di proposta per l'adozione degli indirizzi regionali di promozione e utilizzo metodico dell'esercizio fisico nel setting sanitario per il trattamento preventivo-terapeutico dei pazienti con MCNT è stato presentato a operatori e stakeholder in un corso ECM a cui hanno partecipato 50 operatori di tutte le ASL piemontesi. 11 ASL su 12 hanno realizzato un corso di formazione aziendale come "cascata" del corso regionale del 2018 "Informazione, comunicazione e counseling nutrizionale".

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;
- la transizione al test HPV per le donne nella fascia di età 30-64 anni.

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

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

Prevenzione infortuni e malattie professionali

Sono stati predisposti dalle ASL i report descrittivi di rischi e danni e i report riguardanti le comunicazioni inviate dai Medici Competenti ex art. 40 DLgs 81/08. È proseguita l'integrazione dei sistemi informativi per il miglioramento della programmazione delle attività; si è consolidato, da parte di tutti i Servizi, l'utilizzo del sistema SPreSALWeb. Sono state realizzate iniziative formative rivolte agli operatori SPreSAL sui tumori professionali, in particolare i tumori nasosinusal e i mesoteliomi. È proseguito l'aggiornamento degli elenchi dei soggetti formatori abilitati all'erogazione dei corsi previsti dalla normativa in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, attraverso il lavoro della Commissione regionale per la verifica dei requisiti dei soggetti formatori.

Sono stati realizzati 2 seminari regionali di aggiornamento, rivolti a insegnanti con un ruolo nei servizi SPP, che hanno coinvolto circa 200 insegnanti. A livello locale sono state promosse dagli SPreSAL esperienze di formazione diretta degli allievi delle scuole, privilegiando gli istituti ad indirizzo tecnico e professionale.

È stato raggiunto nel 2019 il 5,41% di aziende controllate (rispetto allo standard LEA del 5%). Sono proseguite in tutte le province le attività degli Organismi provinciali di vigilanza (OPV). Tutte le ASL hanno programmato l'attività di vigilanza sulla base delle specificità territoriali e svolto attività mirate nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura, secondo gli specifici piani regionali. Complessivamente, sono stati effettuati controlli su 2107 cantieri (edilizia e Grandi Opere); la quota di vigilanza coordinata/congiunta è pari all'11,7%; nel settore agricoltura, sono stati effettuati controlli in 785

aziende agricole; il 50% delle ASL ha effettuato attività di vigilanza congiunta. Sono stati pubblicati sul sito web regionale i report di monitoraggio dell'attività svolta nel 2019 nell'ambito del piano edilizia e piano agricoltura.

Ambiente e salute

Sono proseguiti i lavori della rete regionale Ambiente-Salute; il gruppo dei biologi assegnati al progetto ha coadiuvato il tavolo di lavoro regionale nelle attività centrali (formazione, supporto per la gestione delle attività connesse alle diverse azioni del piano, documenti di indirizzo) e facilitato il collegamento con il livello locale.

Sono proseguite le attività di biomonitoraggio, con la pubblicazione delle linee guida per i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL sull'applicazione del biomonitoraggio umano e animale in situazioni di contaminazione ambientale, che offrono un supporto ai Dipartimenti di Prevenzione delle ASL per valutare l'esposizione ai contaminanti ambientali e affrontare fenomeni causati da stabilimenti industriali, incidenti chimici, emergenze ambientali, delineando azioni operative, esperienze di applicazione, strategie e caratteristiche del biomonitoraggio animale e di quello umano.

L'ARPA ha completato la terza parte dell'Atlante Regionale Ambiente e Salute, con l'elenco delle patologie correlabili a determinanti ambientali, analizzate dal punto di vista della morbosità e mortalità, e sono state definite modalità di interrogazione e di aggregazione di tipo spaziale che arrivano al dettaglio del "Comune". È in corso di valutazione la messa a punto di sistemi di accesso diversificati per garantire una più corretta fruizione dei dati disponibili.

È stato aggiornato il Piano regionale dei controlli REACH-CLP. È stato attuato il piano di campionamento regionale su gioielli/bigiotteria, articoli contenenti amianto e articoli in gomma o plastica; sono inoltre stati effettuati campionamenti su pellet, come previsto da specifico progetto ministeriale.

È stato effettuato il corso per ispettori REACH/CLP.

In 11 ASL è stata condotta attività di vigilanza, congiuntamente con ARPA, per la misurazione strumentale delle emissioni ultraviolette delle apparecchiature generanti UV: complessivamente sono stati effettuati 34 sopralluoghi, di cui 10 ricontrolli. Ciascuna delle ASL aderenti ha svolto almeno 2 controlli presso i centri estetici del proprio territorio (in un'ASL sono stati effettuati 4 interventi).

Infezioni/malattie infettive prioritarie

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

Sono proseguite le attività per il completamento dell'anagrafe vaccinale unica, con l'avvio di un nuovo progetto per permettere alle ASL di comunicare fra loro e di essere in grado di recuperare la storia vaccinale di qualunque cittadino indipendentemente dalla sua ASL di appartenenza. È stata effettuata una gara pubblica per l'affidamento del progetto e le prime 9 ASL sono state integrate nel sistema.

In tutte le ASL è attivo il sistema di sorveglianza dell'uso degli antibiotici; è stato predisposto dal SeREMI un report che analizza il consumo degli antibiotici in Piemonte a livello ASL e confronta gli indicatori di qualità dell'uso territoriale degli antibiotici; i dati saranno pubblicati su base triennale (2017/2019).

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

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

Sicurezza alimentare

Gli obiettivi di miglioramento della qualità igienico-sanitaria delle produzioni alimentari e di garanzia di tutela della salute dei consumatori sono stati perseguiti anche nel 2019 attraverso il Piano regionale integrato di sicurezza alimentare (DD n. 371 del 08/05/2019) (PRISA) e i Piani locali (PAISA).

È proseguito il processo di integrazione delle attività fra i servizi veterinari e medici dei Dipartimenti di Prevenzione, con l'intento di armonizzare gli obiettivi e i comportamenti dei Servizi. Il gruppo di lavoro regionale per la valutazione del rischio nel campo della sicurezza alimentare ha redatto dieci documenti di approfondimento scientifico, rivolti agli operatori, disponibili all'indirizzo www.ceirsa.org/

Si è rafforzata la collaborazione con altri organi di controllo, quali UVAC Piemonte e Capitaneria di Porto - Guardia Costiera di Genova, anche attraverso eventi formativi realizzati dalle ASL con il coinvolgimento delle altre figure che a vario titolo entrano nella filiera dei controlli ufficiali in sicurezza alimentare.

Con DD n. 569 del 22 luglio 2019 sono state approvate le istruzioni operative regionali per la gestione delle malattie trasmesse da alimenti (MTA) con ridefinizione di ruoli e funzioni del Centro di riferimento regionale.

In 11 ASL su 12 è effettivo l'adeguamento delle anagrafi gestite dalle Autorità competenti locali (ACL) alla "Masterlist Regolamento CE 852/2004".

È stato applicato anche nel 2019 il piano regionale per il controllo sanitario della fauna selvatica con l'obiettivo di valutare la presenza e la diffusione delle infezioni che possono costituire un pericolo per la salute umana e per il patrimonio zootecnico.

È stato attuato il programma di formazione regionale degli operatori; 10 ASL hanno inoltre realizzato eventi formativi finalizzati alla sensibilizzazione/informazione sulla corretta gestione del farmaco veterinario, la riduzione dell'antibiotico-resistenza e l'utilizzo della ricetta elettronica veterinaria.

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

Si sono svolti i previsti audit relativi all'organizzazione generale dei controlli ufficiali e a specifici settori per la valutazione degli outcome, quali il controllo dei farmaci veterinari e residui, i controlli su additivi, aromi, enzimi.

Organizzazione e governance del Piano regionale di prevenzione

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

Sono state attuate le sorveglianze di popolazione, in particolare:

- raccolta dati PASSI: tutte le ASL hanno effettuato almeno l'80% delle interviste programmate e hanno utilizzato i dati PASSI per la comunicazione dei risultati aggiornati di argomenti specifici;
- OKkio alla Salute: tutte le ASL hanno partecipato alla VI raccolta dati nel campione di scuole assegnato e caricato i dati in piattaforma;
- Sorveglianza 0-2: tutte le ASL hanno partecipato in modo da garantire la significatività regionale; in due ASL è stata raggiunta la significatività locale.

In tema di monitoraggio e contrasto delle disuguaglianze, è stato avviato l'Health Equity Audit approfondito sullo screening del colon-retto, per studiare l'associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e l'adesione all'invito. È inoltre proseguito il lavoro congiunto con la scuola per la creazione di strumenti per la formazione e interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute, nell'ambito della rete SHE; è stato organizzato un evento di formazione/azione con i referenti locali del programma 1 per avviare interventi di valutazione delle disuguaglianze nell'offerta dei programmi di promozione della salute per le scuole.

Con DD n. 120 del 18/02/2019 è stato ridefinito il Coordinamento Regionale della Prevenzione (CORP).

È proseguita l'attività formativa a supporto della governance, rivolta sia ai coordinatori regionali di programma, sia ai coordinatori e operatori PLP. Quasi tutte le ASL hanno realizzato nel 2019 un evento formativo accreditato incentrato sul monitoraggio del Piano locale, in alcuni casi anche finalizzato all'elaborazione dei documenti di programmazione o rendicontazione del PLP.

È stato aggiornato il Piano di comunicazione del PRP e sono stati realizzati due strumenti di comunicazione dei risultati raggiunti: l'"istantanea scuola" (con risultati 2018) regionale e per ciascuna ASL; la mappa regionale dei gruppi di cammino; si è svolto un seminario con gli operatori ASL per valutare le attività di comunicazione svolte nel 2018 e i nuovi strumenti proposti per il 2019. In quasi tutte le ASL sono state realizzate iniziative di comunicazione con l'utilizzo degli strumenti proposti a livello regionale o altri strumenti già testati a livello locale.

LINEA PROGETTUALE 4 - PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE DENOMINAZIONE PROGETTO: ATTIVITÀ DI SUPPORTO AL PIANO REGIONALE PREVENZIONE IN COLLABORAZIONE CON OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING, AIRTUM, NIEBP

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.

A tale attività di supporto contribuiscono le tre reti nazionali Osservatorio nazionale Screening (ONS), Network Italiano Evidence-based prevention (NIEBP) e Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM).

RISULTATI RAGGIUNTI 2019

Osservatorio nazionale Screening (ONS)

Il DM Salute del 25/11/2004 individua l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) come strumento tecnico a supporto sia delle Regioni, per l'attuazione dei programmi di screening, che del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi. L'ONS conduce ogni anno (utilizzando il know how delle società scientifiche dello screening Gisma, del Gisci e del Giscor) la raccolta sistematica e la valutazione di

indicatori di performance e di impatto dei tre programmi di screening. Le survey che vengono condotte hanno contemporaneamente due finalità:

- 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).

L'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino ha stipulato nel 2019 una convenzione con ONS per la realizzazione della survey del programma di screening cervicale, prevista dal piano delle attività 2019 dell'ONS, nonché per la valutazione e diffusione dei risultati di tale survey, i quali vengono pubblicati annualmente nel Rapporto dell'Osservatorio e discussi in diverse occasioni con istituzioni, società scientifiche, operatori sanitari, associazioni di volontariato ecc.

Alle Regioni per ogni tipo di screening viene fornito il confronto di numerosi indicatori rispetto alla media nazionale e alla media regionale e rispetto allo standard di riferimento. L'Osservatorio cura inoltre, le linee guida per la *quality assurance* e la certificazione dei programmi di screening; la promozione della ricerca in ambito di screening, lo sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione, all'interno dei programmi fra operatori e utenti.

Il benchmarking dei programmi è stato assicurato da singole schede inviate ai responsabili delle varie Regioni (compresa la Regione Piemonte) nonché nei momenti pubblici di confronto e di discussione sui risultati e sulle pubblicazioni presenti nel sito dell'ONS (www.osservatorionazionale screening.it).

Si dettano, di seguito, le principali attività avviate nel 2019.

- Predisposizione di un documento nazionale condiviso sulla metodologia per la definizione e il calcolo degli indicatori nello screening oncologico, con l'istituzione e coordinamento del gruppo di lavoro, l'editing del documento e relativa diffusione. È prevista per il 2020 la pubblicazione del documento finale. Lo scopo dell'iniziativa è quello di fornire una base concettuale e pratica per la definizione e costruzione degli indicatori corretta e comparabile su tutto il territorio nazionale e in Regione.

- Sviluppo di un processo di "adoption" delle linee guida Europee sullo screening mammografico, reso necessario perché le linee guida Europee formulano alcune raccomandazioni difformi rispetto alle pratiche di screening Italiane.

L'ONS si è mosso attraverso il sistema nazionale delle linee guida, contattando tutte le società scientifiche interessate all'argomento e praticamente tutte hanno accettato. Il lavoro continuerà nel 2021.

- Le news dell'ONS hanno fornito informazioni su dibattiti, iniziative formative, novità organizzative ecc. a operatori e responsabili dei programmi di screening.

- Attività di formazione, cui hanno partecipato la referente regionale degli screening e molti altri operatori piemontesi:

- 27 settembre a Catania workshop congiunto GISMa/ONS dal titolo "European Commission initiative on breast cancer: le nuove Linee Guida Europee";
- 29 maggio a Riccione workshop congiunto GISCi/ONS dal titolo "Vaccini e Screening";
- 6 novembre a Verona, sessione dedicata alla Survey Nazionale ONS, presentata da Manuel Zorzi, in occasione del XIV Congresso Nazionale GISCoR 2019.

Nel corso del 2019 l'ONS ha consolidato il rapporto con le Società Scientifiche il cui orientamento influisce sul funzionamento dei programmi di screening.

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, l'AIRTUM ha svolto le seguenti azioni:

1. *Integrazione tra i vari Registri Tumori (RT) italiani*: supporto alle regioni per l'integrazione tra i vari RT italiani che già coprono l'intero territorio regionale 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. *Banca dati AIRTUM*: la banca dati con tiene i dati dei RT regionali e locali riferiti a 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). 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: sono state adottate 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*: per favorire la qualità dei dati raccolti, 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 e seminari svolti nel 2019:

- 29-31 gennaio 2019, Roma (ISS): corso teorico pratico di utilizzo del software SEER*Stat;

- 27-28 febbraio 2019, Ospedale di Ponderano, ASL Biella: seminario "Aspetti etici della ricerca epidemiologica", in ricordo di Adriano Giacomin; giornata di lavoro sul Manuale delle tecniche di registrazione AIRTUM, dedicata agli operatori dei registri tumori;

- 27-29 marzo 2019: XXIII riunione scientifica AIRTUM con la presentazione del Rapporto 2018 *I tumori in Italia: trend 2003-2014*;

- 6-8 novembre 2019: XIX corso di aggiornamento per operatori dei registri tumori;

- 16-18 dicembre 2019: corso teorico pratico *Methods and Software for estimating cancer prevalence: SEER*Stat and COMPREV*.

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

8. *I dati per la ricerca, la programmazione e l'ambiente*: supporto alle Regioni per avvio di studi e indagini di carattere ambientale, per la ricerca, per la programmazione sanitaria e la valutazione di impatto degli screening oncologici.

9. *I Numeri del cancro in Italia nel 2019*: la nona edizione del volume *I numeri del cancro in Italia* pubblicato nel 2019 è il frutto della collaborazione tra AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) e AIRTUM, cui si sono aggiunti nel tempo Fondazione AIOM (che apporta il contributo sostanziale dei pazienti oncologici e delle loro associazioni) e successivamente PASSI d'Argento e SIAPEC-IAP (Società Italiana di Anatomia Patologica e Citodiagnostica). Una novità è rappresentata dall'inserimento di nuovi capitoli che riguardano gli screening implementati in Italia, il profilo di salute e i fattori di rischio delle persone ultra-69enni con pregressa diagnosi di tumore.

Network Italiano Evidence-based prevention (NIEBP)

Il Network Italiano Evidence-Based Prevention (NIEBP), composto dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Regione Toscana, dalla Cattedra di Igiene dell'Università del Piemonte Orientale e dal Centro Regionale di Documentazione per la promozione della Salute (DoRS) della Regione Piemonte e la cui struttura di coordinamento centrale è attualmente presso l'ARS della Regione Toscana, ha lo scopo di sviluppare metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi di sanità pubblica e strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc, ecc.) per fornire a policy-maker e operatori le prove di efficacia e di impatto relative agli interventi e ai programmi di prevenzione.

Nel 2019 in collaborazione con il Coordinamento Interregionale della Prevenzione si è lavorato per ristrutturare il supporto del Network alla redazione dei Piani Regionali di Prevenzione del quinquennio 2020-2025. Su richiesta della Conferenza Stato Regioni, è stato strutturato un questionario con l'obiettivo di identificare le attività che le Regioni desidererebbero dal NIEBP per il supporto all'elaborazione dei propri PRP, incentrato sulla proposta di una nuova matrice di evidenze aggiornate ed orientate a rispondere ai principi guida di formulazione del PNP 2020-2025, su un sistema di valutazione di interventi promettenti, su attività di formazione per l'utilizzo di una eventuale nuova matrice, sulla proposta di identificazione di programmi internazionali meritevoli di essere trasferiti nel contesto italiano, sull'eventuale produzione di linee guida di sanità pubblica. Il questionario è stato poi proposto alle Regioni che hanno risposto nel mese di febbraio 2020.

Parallelamente è iniziato il lavoro di ristrutturazione del sito www.evidencebasedprevention.it, su cui saranno caricati progressivamente tutti gli strumenti e le revisioni orientate alla costruzione dei Piani Regionali di Prevenzione; è stato avviato l'inserimento, il perfezionamento e la verifica degli elementi relativi alla ricerca per PICOT, comprese le relative stringhe attraverso il sistema phpMyAdmin e il controllo delle relative etichette.

Inoltre, è stato periodicamente aggiornato nei contenuti di letteratura scientifica, reperendo e inserendo lavori di buona qualità metodologica riguardanti gli argomenti presenti sul sito e relativi al PNP 2015-2019 e riorientati verso quello 2020-2025.

Infine tramite il sito è stata costruita una newsletter periodica, inviata ogni due mesi a tutti gli iscritti per aggiornarli relativamente alle novità riguardanti le evidenze di letteratura scientifica.