

Deliberazione della Giunta Regionale 18 marzo 2022, n. 21-4784

Recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 150/CSR e n. 153/CSR del 04/08/2021, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN anno 2021. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2021 assegnate con DGR n. 34 -2471 del 04/12/2020 e s.m.i. e presa d'atto della rendicontazione illustrativa degli obiettivi di PSN 2020.

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 smi;

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

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

visto il comma 34 bis dell'articolo 1 della legge 23/12/1996, n. 662, come modificato dall'art. 79 comma 1 – quater del decreto legge 25/06/2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6/08/2008 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. 153/CSR, del 04/08/2021, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021;

visto l'Accordo Rep. Atti n. 150/CSR, del 04/08/2021, 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 2021;

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 palliativa	Linea Progettuale: Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Altre Linee Progettuali di PSN	TOTALE
Importi in euro	A	B	C	D=A+B+C
Esercizio 2020	8.107.183	19.457.240	55.220.804	82.785.887
Esercizio 2021	8.116.835	19.480.404	33.143.819	60.741.058

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 D.G.R. 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”;

vista la D.G.R. n. 16-4469 del 29/12/2021 avente ad oggetto “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell’11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione”;

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 – 3583 del 23/07/2021 sono state approvate le schede di progetto regionali del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2020 assegnati 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;

dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2021 sono state assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 34 -2471 del 04/12/2020;

precisato che nel definire i Progetti Obiettivo di PSN 2020 e 2021 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 2020 sono coerenti con gli atti regionali di indirizzo e programmazione come sopra richiamati;

precisato che per l'anno 2020 la spesa del SSR concernente il supporto ai tre network (ONS, AIRTUM, NIEBP), pari complessivamente a euro 97.286 (quota parte della linea nazionale degli obiettivi da PSN vincolati pari a euro 19.457.240), è stata accantonata nel bilancio d'esercizio 2020 regionale della GSA;

precisato che con determinazione dirigenziale del Settore A1409B sarà sottoscritto con ogni singolo network (ONS, AIRTUM, NIEBP) uno specifico accordo per la definizione puntuale degli obiettivi assegnati così come specificato con nota prot DGPROGS/18367 del 15/09/2021

dato atto che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2021 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 2021	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato pazienti multicronicità - anche per emergenza COVID-19	32.873.819	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	8.116.835	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.480.404	A1409B - Prevenzione e Veterinaria
TOTALE COMPLESSIVO	60.741.058	

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 2020 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. 34 -2471 del 04/12/2020 e la D.G.R. n. 8 - 3583 del 23/07/2021;

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 art. 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 D.G.R. 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 ”Intesa Rep. Atti n. 153/CSR, del 04/08/2021, ai sensi dell’articolo 1, comma 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPRESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2021, Allegato 1) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
- di recepire Accordo Rep. Atti n. 150/CSR, del 04/08/2021, 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 2021, Allegato 2) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
- di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l’anno 2021 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 2021 in attuazione della D.G.R. n. 34 - 2471 del 04/12/2020 e D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021 (tabella B) 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) e Allegato 3bis) del presente provvedimento, in attuazione alle indicazioni regionali hanno contabilizzato le risorse, sostenute o accantonate la spesa relativa alle linee progettuali di Piano Sanitario Nazionale 2021 nel bilancio d’esercizio 2021;
- di prendere atto della relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell’anno 2020 e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali nell’Allegato 4) e relative tabelle al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale in coerenza con le schede progettuali approvate con D.G.R. n. 8 – 3583 del 23/07/2021;
- di demandare al Settore A1409B la sottoscrizione con ogni singolo network (ONS, AIRTUM, NIEBP) uno specifico accordo per la definizione puntuale degli obiettivi assegnati così come specificato con nota prot DGPROGS/18367 del 15/09/2021;
- 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

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021.

Rep. Atti n. **153/CSR** del 4 agosto 2021

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

Nella odierna seduta del 4 agosto 2021:

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il CIPESS, 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 di specifici progetti, ai sensi del successivo comma 34bis;

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, 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, il quale detta la metodologia per l'assegnazione delle risorse alle regioni a titolo di finanziamento dei progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, prevedendo, in particolare, che all'atto dell'adozione della delibera CIPESS 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 2021, 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 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 mancata presentazione ed approvazione dei progetti comporterà per la regione interessata, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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 2 agosto, diramata il 3 agosto 2021, con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021, Allegato sub A) al presente atto, di cui ne costituisce parte integrante, evidenziando che su tale proposta è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze;

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

ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021, come da Allegato sub A) al presente atto di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Il Presidente
On. Mariastella Gelmini



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.IV DGPROGS

Proposta di deliberazione per il CIPESS

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2021: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

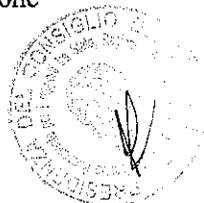
L'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'art. 79, decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2008 n. 133, con decorrenza dall'anno 2009, e dal comma 1 dell'art. 3-bis, decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, aggiunto dalla legge di conversione 6 giugno 2013, n. 64, detta la metodologia per l'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 n. 662/96, la norma modificata prevede che all'atto dell'adozione della delibera di ripartizione da parte del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS) 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 2021, 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, decreto-legge 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 2021 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 n. 135/09 convertito dalla legge n. 166/2009.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **748,334 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 751,666 mln di euro, sono destinati:

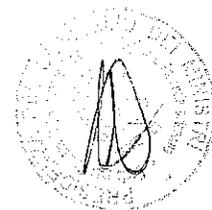
- **336,000 mln** di euro per il finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto dei medicinali innovativi ai sensi dell'art. 1, c. 400, della legge n. 232/2016;
- **1,466 mln** di euro per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore 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 **414,200 mln** di euro per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) **€ 10 milioni**, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni con legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m.i., per le attività di ricerca, formazione, prevenzione e cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinate 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) **€ 25,300 milioni**, ai sensi dell'articolo 1, comma 406-bis e 406-ter, della legge n. 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 biennio 2021-2022;
- 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 n. 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 n. 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 dei progetti;



- g) € 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.4, commi 2 e 3 del decreto-legge 31 dicembre 2020, n. 183, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2021, n. 21;
- h) € 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 decreto-legge n. 162/2019 convertito con modificazioni dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8;
- i) € 41,500 milioni destinati al finanziamento sperimentale dello screening gratuito, per i 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 decreto-legge n. 162 del 30 dicembre 2019 convertito con modificazioni dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8;
- j) € 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;
- k) € 50 milioni destinati al finanziamento di una remunerazione aggiuntiva in favore delle farmacie per il rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale da ripartire tra tutte le regioni e province autonome, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 20, commi 4, 5 e 6, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, convertito con modificazioni dalla legge 21 maggio 2021, n. 69;
- l) € 46 milioni destinati a finanziare il contributo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono riconoscere alle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio e che si adeguano progressivamente agli standard organizzativi e di personale, ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con legge 23 luglio 2021, n. 106;
- m) € 60 milioni destinati a supportare gli interventi di potenziamento del servizio sanitario regionale stante la grave situazione economico-finanziaria e sanitaria presente nella regione Calabria, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 6, commi 1, 2 e 3 del decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150, convertito con modificazioni dalla legge 30 dicembre 2020, n. 181;
- n) € 40 milioni destinati a finanziare gli interventi a sostegno dell'implementazione del Piano nazionale di contrasto dell'Antimicrobico-resistenza 2017-2020 prorogato fino al 31 dicembre 2021 con Intesa sancita in Conferenza Stato-Regioni in data 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 32/CSR);
- o) € 60 milioni destinati a finanziare un progetto di rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali, che sarà successivamente oggetto di intesa in Conferenza Stato-Regioni, per il superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale, per la qualificazione dei percorsi per la effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi mentali autori di reato, a completamento del processo di attuazione della legge n. 81/2014, e per l'effettiva attuazione degli obiettivi di presa in carico e di lavoro in rete per i disturbi dell'adulto, dell'infanzia e dell'adolescenza, anche previsti dal Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013.



Si allega alla presente proposta la tabella nella quale si è provveduto a ripartire, per ciascuna regione, l'importo di 748,334 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 operate le vigenti riduzioni.

Il Ministro della Salute



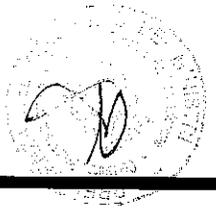
Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

- Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2021
- 1.890.000,00 fatturato iniziale
 - 23.300.000,00 per la sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie (L. 205/2017, art. 1, c. 406 bis e 406 ter)
 - 1.500.000,00 in favore del Centro Nazionale Sangue (L. 205/2017, art. 1, c. 439)
 - 10.000.000,00 a favore delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (INMMP) (D.L. 98/2011 art. 17, c. 9)
 - 10.000.000,00 appoggio scabioso-scabioso dell'istituto superiore di sanità
 - 5.000.000,00 progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida
 - 1.465.736,00 finanziamento prestazioni dell'OPBC a favore dei minori STP
 - 336.000,00 fondo medicinali innovativi (art. 1, c. 408, L. 232/2016)
 - 20.400,000 progetto CAR Y CELLIS
 - 33.500,000 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
 - 4.000,000 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-novella, del D.L. 162/2019
 - 1.500,000 finanziamento per lo screening gratuito, destinato ai tutti negli anni dal 1969 al 1999, escludendone i minori detenuti in carcere, al fine di prevenire, diagnosticare ed eradicare il virus dell'epatite C (HCV), ai sensi dell'art. 25-terdecies, del D.L. 162/2019.
 - 4.000,000 riduzione percentuale di scorte farmacie (art. 1 co 551 e 552, L. 145/2018)
 - 50.000,000 remunerazione a farmacie per attività di contrasto a patologie infettive (D.L. 41/2011, art. 20, co. 4-5-6) (secondo tutte le regioni)
 - 46.000,000 Contributo per i laboratori (Art. 29, comma 2, Decreto Sostegno-bis)
 - 60.000,000 Contributo di solidarietà alla Regione Calabria (art. 6, D.L. 150/2020)
 - 40.000,000 Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobio-Resistenza (PNCAR) 2017-2021 - proroga 2021 (innesa CSR n. 32 del 25 marzo 2021)
 - 40.000,000 Progetti di salute mentale
- 748.334,264 Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2020	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Co-partecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione FSS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.311.217	4.311.217	58.004.308	-	2.736.750	60.741.058	42.518.741	18.222.318
VAL D'AOSTA	125.034	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	10.027.602	10.027.602	134.914.136	-	5.365.498	141.279.634	98.895.744	42.383.890
BOLZANO	532.644	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	545.425	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.879.133	4.879.133	65.645.207	-	3.097.262	68.742.469	48.119.729	20.622.741
FRUIJI	1.206.216	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.524.826	1.524.826	20.515.431	-	967.956	21.483.387	15.038.371	6.445.016
EMILIA R.	4.464.119	4.464.119	60.061.494	-	2.833.812	62.895.306	44.026.714	18.868.592
TOSCANA	3.692.555	3.692.555	49.680.658	-	2.344.025	52.024.683	36.417.279	15.607.405
UMBRIA	870.165	870.165	11.707.441	-	552.379	12.259.820	8.581.875	3.677.946
MARCHE	1.512.672	1.512.672	20.351.908	-	960.241	21.312.149	14.918.504	6.393.645
LAZIO	5.755.941	5.755.941	77.438.783	-	3.653.705	81.092.487	56.764.741	24.327.746
ABRUZZO	1.293.941	1.293.941	17.409.041	-	821.391	18.230.431	12.761.302	5.469.129
MOLISE	300.516	300.516	4.043.226	-	190.767	4.233.992	2.963.796	1.270.198
CAMPANIA	5.712.143	5.712.143	76.852.755	-	3.626.055	80.478.809	56.335.167	24.143.643
PUGLIA	3.953.305	3.953.305	51.188.861	-	2.509.549	55.698.409	38.988.887	16.709.523
BASILICATA	553.254	553.254	7.443.633	-	351.204	7.794.837	5.456.387	2.338.451
CALABRIA	1.894.110	1.894.110	25.483.881	-	1.202.377	26.686.257	18.680.380	8.005.877
SICILIA (*)	4.875.290	4.875.290	65.593.502	32.212.969	-	33.380.533	23.366.373	10.014.159
SARDEGNA	1.611.621	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	59.641.488	55.620.548	748.334.264	-	32.212.969	748.334.264	523.833.988	224.500.276

(*) 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 2021

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.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. 34 -2471 del 04/12/2020 D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021 (tab. B)	32.873.818,00
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. n. 34 -2471 del 04/12/2020 e D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021	
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, nei territori 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. Nel corso dell'anno 2021 è proseguita l'azione di sviluppo dei percorsi con una nuova impostazione verso i percorsi di salute e diagnostici terapeutici ed assistenziali, a sottolineare il concetto di presa in carico proattiva delle persone assistite: in modo particolare è stata consolidato il modello metodologico di sviluppo dei PSDTA e sono stati rivisti i PSDTA BPCO, scompenso cardiaco, sclerosi multipla, malattia di Parkinson, malattia renale cronica. Per l'anno 2022 viene prevista la loro implementazione e l'attività di verifica attraverso indicatori. 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>
--	--

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 31.12.2021 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 31.12.2021 in relazione ai parametri indicati dalla normativa nazionale istitutiva; 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 letto di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria (CAVS) e residenzialità socio-sanitaria, nonché Cure domiciliari e Cure domiciliari palliative)	Numero di pazienti seguiti nel 2021 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 Cure Riabilitative Domiciliari (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) effettuate nel 2021

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 2021

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. 34 -2471 del 04/12/2020 D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021 (tab. B)	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. n. 34 -2471 del 04/12/2020 e D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021	
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 quotazioni già in assegnazione alle singole aziende

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO
Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc

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. È 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. 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. 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. Con riferimento alle annualità 2019-2020 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. È 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. Le azioni hanno inevitabilmente risentito dell'impatto della epidemia COVID-19. Nel contempo le Aziende Sanitarie, proprio in considerazione dell'emergenza in atto, hanno provveduto all'implementazione di specifici sistemi atti a garantire la gestione in sicurezza della relazione fra paziente ricoverato e congiunti dello stesso, con particolare attenzione ai pazienti che non sono in grado di utilizzare autonomamente i propri mezzi di comunicazione. La Regione Piemonte - Direzione Sanità e Welfare - aderisce, nel 2021, al programma dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali - AGENAS - per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione e sicurezza nella Residenze Socio Assistenziali per anziani nel corso della pandemia da SARS – CoV-2. Al fine di dare attuazione al programma è avviata, nel primo semestre 2021, una sperimentazione pilota in 2 RSA regionali, allo scopo di definire – unitamente ad AGENAS - lo strumento da utilizzare per la successiva rilevazione nonché di avviare una fase pilota per l'applicazione del metodo di rilevazione. Successivamente alla definizione del modello, nella prima fase nazionale di avvio del progetto, la Regione Piemonte, partecipa avviando la rilevazione nell'ambito delle RSA individuate a livello regionale in differenti ambiti territoriali. Il programma prevede una prima fase di monitoraggio e rilevazione sulla base degli item definiti a livello nazionale ed una successiva fase di definizione delle Buone pratiche. Anche con riguardo al Piano cronicità l'emergenza pandemica, seppure abbia determinato il rallentamento di alcune azioni, è stata però l'occasione per valutare lo stato di attuazione dei piani locali aziendali e, nel contempo, esaminare e discutere le principali criticità e i problemi ostativi legati alla situazione pandemica. A tal fine è stato concordato con le direzioni aziendali di effettuare, sulla scorta del monitoraggio sullo stato di avanzamento dei piani cronicità, un'ulteriore progettazione del piano ovvero delle attività che saranno poste in essere nell'anno 2021. Sono state altresì avviate, a livello regionale, azioni di sviluppo delle forme associative della medicina generale allo scopo di incentivare alcuni ambiti di attività, con particolare riferimento a: prevenzione e medicina d'iniziativa, anche attraverso il counselling medico sugli stili di vita; presa in carico della cronicità, anche attraverso la corretta gestione dei processi clinico-assistenziali e l'applicazione di specifici percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, definiti a livello regionale e aziendale e formulazione dei piani assistenziali individuali; partecipazione alla sostenibilità economica del Servizio sanitario regionale, attraverso l'appropriatezza clinica e prescrittiva nel rispetto delle esigenze di salute degli assistiti; uso dei supporti informativi a sostegno delle attività cliniche ed assistenziali; e) effettuazione di iniziative di formazione e di audit ai fini del miglioramento. Pre-requisito di ogni obiettivo è la misurazione, in termini preferibilmente quantitativi, degli indicatori di processo, di risultato e di esito, nella loro evoluzione temporale, con periodicità almeno annuale. Il consolidamento della medicina territoriale si gioverà, peraltro, anche delle risorse destinate alla Regione Piemonte per le attrezzature sanitarie di diagnostica di primo livello a favore di MMG e PLS, nonché dell'investimento regionale di cui alla DGR n 17-2318 del 20.11.2020 per la telemedicina. Altresì la gestione della cronicità rappresenta una delle linee strategiche del piano di riordino e sviluppo della rete territoriale in fase di redazione.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

NO

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

	01.01.2021	31.12.2021	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 x
Punti critici	x 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 x
Implementazione	x 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	organizzativi implementati a livello aziendale su percorso di continuità ospedale-	definizione ed implementazione azioni di	attestante miglioramento percorsi rispetto criticità
Punti critici	Individuazione punti critici	vergono 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

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..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. n. 34 -2471 del 04/12/2020 D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021 (tab. B)	4.058.418,00
Eventuali Risorse Regionali		

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. n. 34 -2471 del 04/12/2020 e D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021
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	
--------------	--	--

<p>ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc</p>	<p>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.</p> <p>Se esiste dunque un quadro normativo di riferimento rispetto alla tematiche di cure palliative, più complesso è l'iter riguardante la terapia del dolore.</p> <p>Il progetto "Ospedale senza dolore", nato con l'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome in data 24 maggio 2001 con la finalità di offrire la realizzazione, a livello regionale, di progetti finalizzati al miglioramento del processo assistenziale rivolto in maniera specifica al controllo del dolore, non ha prodotto i risultati attesi.</p> <p>L'assenza di precise indicazioni su quali caratteristiche avessero dovuto obbligatoriamente essere possedute dalle strutture di assistenza alla terapia del dolore non ha consentito la puntuale definizione dei luoghi di cura dedicati.</p> <p>I documenti citati, pur nella loro completezza, non hanno avuto, quindi, la capacità di definire in modo puntuale quali requisiti fossero necessari nei diversi momenti assistenziali (ospedale, hospice, assistenza residenziale, ambulatorio) al fine di garantire un'idonea presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative e nella rete di terapia del dolore.</p> <p>La necessità di colmare eventuali lacune ha richiesto una puntuale definizione di elementi distintivi strutturali quantitativi e qualitativi che potessero, senza ambiguità, individuare le caratteristiche indispensabili affinché una struttura possa essere considerata a pieno titolo idonea. La definizione di criteri imprescindibili appare condizione necessaria per un reale sviluppo della rete assistenziale, sia nelle cure palliative, sia nella terapia del dolore per il paziente adulto e pediatrico, pur non escludendo il diritto di ogni malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni precisi del paziente e della sua famiglia. In particolare, infatti, la suddetta L. 38/2012 dispone all'articolo 8 che "[...] sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione, al fine di definire la rete per le cure palliative e la rete per la terapia del dolore, con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi, ad una pianta organica adeguata alle necessità di cura della popolazione residente e ad una disponibilità adeguata di figure professionali con specifiche competenza ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche con riguardo al supporto alle famiglie [...]".</p> <p>Tali indicazioni riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia 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>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".</p> <p>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. [...]"</p> <p>Si prevede di proseguire nei percorsi di attuazione della Rete di Terapia del dolore, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. [...]"</p>
--	---

E favorendo 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, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato: - l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

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
	3° Obiettivo normativo: recepimento degli Accordi sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 118/CSR del 27.07.2020) e sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 119/CSR del 27.07.2020);
	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
	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

Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	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 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</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

Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2021

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. 34 -2471 del 04/12/2020 D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021 (tab. B)	4.058.418,00
Eventuali Risorse Regionali		

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. n. 34 -2471 del 04/12/2020 e D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021
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

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 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.

Infine, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato:
- l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 118/CSR del 27.07.2020);

- l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 119/CSR del 27.07.2020);

- l'Accordo ai sensi dell'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 2007, n. 281 sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e di cure palliative pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 30/CSR del 25.03.2021), che delinea in specifico il percorso per l'accREDITAMENTO della rete deputata alla presa in cura del paziente in età evolutiva, tenuto conto di tutte le debite peculiarità.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

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 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 e che rispetti e concretizzi i dettami normativi recenti, in merito all'accreditamento della Rete di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente in età evolutiva.
---------------------------	--

OBIETTIVI SPECIFICI	1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità alle indicazioni della normativa.
	2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.
	3° Obiettivo normativo: recepimento dell'Accordo sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e di cure palliative pediatriche, ai sensi della Legge 15 marzo 2010, n. 38" (Rep. Atti 30/CSR del 25.03.2021),
	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	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

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: 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

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	Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione	
TITOLO DEL PROGETTO	Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale Prevenzione per gli anni 2021-2025	
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	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 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR del 4 agosto 2021)	
	<p>L'Accordo Stato-Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021 prevede che per la presente linea progettuale le regioni stipulino appositi accordi di collaborazione con ciascuno dei tre network, per il periodo di vigenza del PRP 2020-2025, al fine di promuovere rapporti stabili di confronto e collaborazione, secondo il modello della stewardship. La funzione di supporto di tali network alle Regioni risponde alle seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fornire alle Regioni strumenti, metodologie, risorse (capacity building) in materia di prevenzione e promozione della salute; • promuovere la genesi, l'aggiornamento e l'utilizzo delle evidenze di efficacia, sostenibilità, equità nei programmi e interventi di prevenzione e promozione della salute; • definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati; • valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti come strumento per la riprogrammazione. Si delineano pertanto, di seguito, i principali obiettivi che dovranno essere perseguiti tramite i suddetti accordi di collaborazione, da adottarsi con appositi provvedimenti della Direzione regionale Sanità e Welfare. 	
Eventuali Risorse Regionali	NO	NO

1. Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

L'ONS è attivo da oltre 15 anni come network dei centri regionali di eccellenza nel campo degli screening oncologici. Il coordinamento del network ha sede presso l'ISPO di Firenze. Già il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2004 (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, che del Ministero della Salute, per la definizione delle modalità operative, il monitoraggio e la valutazione dei programmi. L'ONS persegue il compito assegnato dal PNP attraverso le seguenti attività principali:

- formazione specifica per le attività di screening;
- implementazione e armonizzazione dei sistemi informativi per gli screening;
- monitoraggio e valutazione della qualità dei programmi attivati a livello regionale. L'ONS supporta inoltre la raccolta sistematica e la valutazione di indicatori di performance e di impatto mediante le survey annuali del Gisma, del Gisca e del Giscor. Questi risultati vengono pubblicati annualmente nel Rapporto dell'Osservatorio
- linee guida per la quality assurance e la certificazione dei programmi di screening
- promozione della ricerca in ambito di screening
- sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione, all'interno dei programmi, fra operatori e utenti. Il progetto di cui all'accordo di collaborazione tra Regione Piemonte e ONS costituirà un supporto specialistico alle azioni incluse nel Programma 15 "Screening oncologici" del Piano Regionale di Prevenzione. Sarà redatto secondo il format contenuto nell'All. 1 all'Accordo Stato-Regioni n. 150 del 4/08/2021 e dovrà perseguire i seguenti obiettivi:
- favorire il monitoraggio e la valutazione dei 3 programmi di screening oncologico; produrre linee di indirizzo basate sulle più recenti evidenze scientifiche, linee guida, rapporti e analisi statistico-epidemiologiche;
- realizzare attività di quality assurance a livello regionale: audit, site visit, attività di affiancamento per la realizzazione di interventi migliorativi atti ad aumentare la copertura e la promozione dell'adesione alle tre campagne di screening;
- promuovere attività di formazione degli operatori coinvolti nei percorsi screening a livello regionale, sulla base degli specifici fabbisogni regionali;
- fornire un supporto per le attività di comunicazione realizzate a livello regionale e di ASL, finalizzate ad aumentare l'adesione ai 3 programmi di screening oncologico; favorire attività e collaborazioni in ambito di stakeholder engagement.

2. Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

L'Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM) offre un supporto scientifico e organizzativo all'attività dei Registri Tumori accreditati e in attività, promuove la standardizzazione delle regole di registrazione, supporta la formazione continuativa del personale, svolge attività di valutazione della qualità dei dati e di supporto alla programmazione e valutazione degli interventi sanitari a livello locale e nazionale. Il progetto di cui all'accordo di collaborazione tra Regione Piemonte e Airtum, redatto secondo il format contenuto nell'All. 1 all'Accordo Stato-Regioni n. 150 del 4/08/2021, dovrà perseguire i seguenti obiettivi:

- formazione generale e specifica per personale addetto alla registrazione epidemiologica della patologia neoplastica;
- sviluppo siti web e strumenti per la comunicazione dei dati;
- valutazione di qualità dei dati al fine di assicurare un valido confronto (nel tempo e geografico);
- sviluppo di sistemi open data fino alla realizzazione di data-base aggregati pubblici disponibili per la ricerca epidemiologica;
- analisi e interpretazione epidemiologica (descrittiva, valutativa) per tipo di tumore e per fasce di popolazione (bambini, giovani adulti);
- supporto/supervisione al sistema di registrazione regionale; • altri progetti concordati direttamente tra Regione e Associazione che risultino compatibili con la finalità di sviluppo della registrazione nelle regioni e di interesse per entrambe le parti.

3. Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

Il Network Italiano Evidence-Based Prevention (NIEBP) 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. Il Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP) è composto da ARS, ente incaricato del coordinamento centrale del network, dall'Università del Piemonte Orientale, dal Centro Regionale di Documentazione per la promozione della Salute (DORS) della Regione Piemonte e dal CPO Piemonte. L'attività del Niebp contribuisce a rafforzare la base di evidenze dei programmi del PRP attraverso tre principali linee di attività:

- la selezione di interventi dotati di prove di efficacia a partire dalla letteratura scientifica e la disseminazione degli stessi sotto forma di schede che ne riassumono le caratteristiche, l'efficacia e, per un sottogruppo di questi, l'analisi del rapporto costo-efficacia;
- il supporto alla valutazione di interventi elaborati dalle regioni e che, per le loro caratteristiche di qualità, sono considerati promettenti. Questa azione mira ad aumentare la disponibilità di interventi efficaci elaborati e valutati in Italia, e quindi più facili da proporre. Nell'ambito di questa azione potranno anche essere inseriti progetti di trasferimento di interventi elaborati in altri paesi e risultati particolarmente efficaci;

- la messa a disposizione di strumenti utili alla programmazione della prevenzione, fra i quali il Simulatore elaborato nell'ambito del Laboratorio di Prevenzione, che, sulla base di dati relativi alla distribuzione dei fattori di rischio, alla efficacia e ai costi dei programmi di prevenzione specifici, costruisce simulazioni basate su modelli predittivi, che permettono di stimare l'impatto dell'implementazione di tali programmi, il costo e il costo-efficacia. Il progetto di cui all'accordo di collaborazione tra Regione Piemonte e Niebp, redatto secondo il formato contenuto nell'All. 1 all'Accordo Stato-Regioni n. 150 del 4/08/2021, dovrà perseguire i seguenti obiettivi:

1. aggiornamento del sito <https://niebp.com>, in tutte le sue componenti, incluse le sintesi delle evidenze, il repertorio degli interventi efficaci, il simulatore del Laboratorio di Prevenzione e disseminazione dei contenuti tramite la newsletter periodica;
2. definizione di una rete di "Antenne" regionali, che parteciperanno al comitato delle regioni. Le Antenne saranno l'interfaccia fra le regioni e il NIEBP, e il comitato sarà lo strumento per orientare i piani di lavoro verso le esigenze delle regioni;
3. attività di formazione specifica sull'utilizzo delle evidenze contenute all'interno del sito, costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti;

4. supporto all'identificazione e valutazione di interventi di prevenzione promettenti, su segnalazione delle regioni e previa condivisione con il Comitato delle regioni, e sviluppo di un piano di valutazione coerente con le più rigorose indicazioni della comunità scientifica internazionale, in accordo con la regione proponente. La conduzione della ricerca sarà a carico della regione proponente, mentre il Niebp potrà avere un ruolo di supervisione metodologica; viceversa, se coerente con gli obiettivi del PNP e in accordo con il Comitato delle Regioni, potrà anche essere condotta dal Niebp;
5. risposta a quesiti relativi alla efficacia di interventi e strategie preventive attraverso l'elaborazione di revisioni rapide di letteratura (quick review).

- 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 2020**LINEA PROGETTUALE 1. PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'****DENOMINAZIONE PROGETTO: PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA' - ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID-19****Obiettivo Generale del Progetto**

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

Obiettivi specifici

1. Monitorare lo stato di attuazione della rete delle Case della Salute
2. Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa
3. Consolidare l'attività di riabilitazione domiciliare
4. 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).

Descrizione delle azioni**AZIONE 1) LE CASE DELLA SALUTE: MONITORAGGIO MODELLI SCATURITI DALLA SPERIMENTAZIONE REGIONALE.**

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.

La rete regionale conta, alla data del 31.12.2020 n. 84 CS, dislocate su ciascuno dei 32 Distretti delle 12 ASL piemontesi, nell'ambito di strutture in prevalenza di proprietà ASL (54 su 85) o di proprietà di Enti locali (21) o di soggetti privati o Fondazioni (10).

Le CS sono così dislocate sul territorio regionale:

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

In tale elenco sono incluse anche le Case della Salute che hanno sospeso/ridotto parzialmente l'attività durante alcune fasi dell'emergenza pandemica (n. 25 su 84), in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali relative alla sospensione delle prestazioni non aventi carattere di urgenza.

Nel corso del 2020 l'impatto travolgente della pandemia Covid-19 ha portato drammaticamente alla luce nuovi bisogni, dei quali dovrà il Servizio sanitario regionale si è fatto carico impostando una riorganizzazione dei servizi territoriali delle ASL, i quali nati per far fronte alla grande diffusione

di malattie croniche hanno dovuto necessariamente adeguarsi anche per affrontare un'epidemia infettiva.

Le Case della Salute, nelle esperienze esaminate nel monitoraggio condotto semestralmente, costituiscono il "collante" dei servizi offerti sul territorio e con questo ruolo possono rappresentare un'appropriata risposta ai bisogni di salute con caratteristiche di non urgenza/emergenza, che necessitano di risposte sanitarie o socio-sanitarie non complesse ed a medio-bassa intensità assistenziale.

1. Modelli organizzativi

Con il consolidamento della sperimentazione regionale si è evidenziata la prevalenza, nella rete piemontese delle Case della Salute, del modello organizzativo strutturale-funzionale. Nella maggior parte delle Case della Salute, il 40% del totale, si rileva

infatti un modello "misto", con una rete di strutture spoke (forme associative MMG/PDLS, ambulatori distrettuali periferici, ecc) che afferisce alla sede principale Hub.

Nel 30% del totale delle Case della Salute si rileva invece un modello funzionale, fondato un collegamento in rete tra i professionisti coinvolti (es. medicine in rete), supportati dalle strutture ambulatoriali o poliambulatoriali del Distretto.

Nel restante 30% delle Case della Salute si rileva infine un modello strutturale, con presenza delle professionalità sanitarie, socio-sanitarie e sociali nell'unica sede principale.

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 tipologia dei percorsi trattati.

In Piemonte queste strutture, parti integranti e/o afferenti alle relative Case della Salute distrettuali, si trovano a : Valdinana ASL Biella, Arona ASL NO, Demonte ASL CN1, Ovada ASL AL.

2. Bacino di utenza

La percentuale di popolazione regionale servita dalle CS, a seguito della sperimentazione regionale, si attesta attorno al 50 %.

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. Accesso

Il momento dell'accesso rappresenta elemento chiave dell'attività "proattiva" svolta nelle Case della Salute, strutture nelle quali si concretizza l'assistenza di prossimità alla popolazione del bacino territoriale di riferimento.

L'accessibilità, nelle Case della Salute della sperimentazione piemontese, viene letta attraverso una serie di indicatori, quali gli orari di apertura delle strutture, le modalità di accesso (diretto o su prenotazione) e le attività messe in atto per facilitare l'accessibilità (presenza di continuità assistenziale – ex guardia medica – e sportelli per l'accesso, sanitari e integrati socio sanitari).

L'obiettivo delle Case della Salute è un funzionamento che consenta di rispondere con continuità, H12 o H24, alla domanda di salute che rivolgono i cittadini.

Il 13% delle 85 Case della Salute opera con orario H24, su 7 giorni, tramite l'integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale presente in struttura

La quota più rappresentata di Case della Salute, il 43% del totale, fa rilevare un orario H12 su 5 giorni/sett.

Nel 20% delle C.S. si rileva un orario attorno alle 8 ore giornaliere, su 5 giorni/sett.

Nelle restanti Case della Salute si rileva invece con orario di funzionamento al di sotto di 8 ore.

Nell'ambito di queste ultime si annoverano buona parte degli "Ambulatori di Salute" dell'Asl CN1, Spoke che, in territori decentrati, garantiscono attività a giorni settimanali alterni, collegati a un Hub di riferimento distrettuale con apertura h 24 o h 12.

Circa la tipologia di accesso, la maggioranza delle Case della Salute (il 74% del totale) prevede un accesso sia diretto sia su prenotazione, preservando quindi sia l'attività di medicina di iniziativa sia l'attività "on demand". Le restanti C.S. (quasi tutte nell'ASL CN1 e nell'Asl AL) prevedono un accesso solo su prenotazione

Per agevolare l'accesso è presente in ciascuna C.S. un punto di accoglienza. Nel 66% delle C.S. è prevista un'integrazione fra accesso all'area sanitaria e quella sociale tramite la presenza della Sportello Unico Socio Sanitario (SUSS) o un Punto Unico di Accesso (PUA).

Uno dei punti di forza della sperimentazione piemontese riguarda la presenza di collegamenti tra le attività erogate nelle Case della Salute e quelle dell'Emergenza/Urgenza, per quei pazienti le cui condizioni lo richiedono.

Nel 26% delle C.S. è presente una postazione 118 nella struttura e nel 33% dei casi è stato definito un Protocollo Operativo con il Servizio Emergenza-Urgenza dell'ospedale/i dell'A.S.L. di riferimento territoriale.

3.1 Continuità assistenziale

La continuità dell'assistenza nelle 24 ore rappresenta un presupposto cruciale per il funzionamento delle Case della Salute e per la loro efficacia nella presa in carico e risposta ai bisogni del territorio.

Nelle C.S. piemontesi la continuità dell'assistenza viene garantita tramite l'integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).

Nel 44% delle C.S. è garantita la presenza del Punto di Continuità Assistenziale in sede. Nel 25% delle C.S. il Punto di continuità assistenziale è presente nei pressi della Casa della Salute. Nel 31% delle C.S. invece non è prevista la presenza della Continuità Assistenziale

4. Personale, attività erogate e percorsi di cura

Tutti i servizi previsti dalle Linee di Indirizzo regionali sono presenti nelle Case della Salute realizzate nell'ambito della sperimentazione regionale piemontese.

In particolare i servizi presenti in ogni C.S. o alla stessa funzionalmente collegati, sono i seguenti:

1. Assistenza Primaria (Medici di Medicina generale e Pediatri di libera Scelta), erogata tramite le forme associative di MMG e PLS presenti in Sede o collegate funzionalmente con la C.S.

2. Assistenza Infermieristica, con le relative funzioni svolte dagli Infermieri di Famiglia e Comunità. 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. Tale figura è presente nel 70% delle Case della Salute piemontesi.
3. Assistenza specialistica e diagnostica, erogata dai medici specialisti afferenti alle diverse branche e dagli ambulatori dedicati.
4. Servizi socio-sanitari e le Unità di Valutazione Geriatriche e Multidimensionali.
5. PDTA per la presa in carico e follow up delle cronicità.
6. Attività di Prevenzione e Promozione della Salute.

Per quanto riguarda l'Assistenza Primaria, nel 66% delle C.S. sono presenti le attività dei MMG; NEL 39% delle C.S. sono altresì presenti le attività dei PDLS.

Inoltre nell'8% delle CS sono presenti posti letto di osservazione breve gestiti dai MMG con il supporto del personale infermieristico e socio-sanitario.

La presenza di Infermieri dipendenti dall'ASL denota integrazione tra le attività della Casa della Salute e quelle del Distretto, così come la presenza di specialisti garantisce la multiprofessionalità richiesta nei Percorsi di cura che si sviluppano nelle Case della Salute.

Nella quasi totalità delle C.S. sono presenti Infermieri dipendenti dall'ASL e nell'89% delle stesse sono presenti Medici Specialisti dipendenti dall'ASL o convenzionati.

Nel 61% delle C.S. trovano sede i servizi socio assistenziali gestiti dai Comuni singoli o associati ed è garantito il collegamento con le Commissioni valutative UVG e altre Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM, Minori, Disabili...).

La dotazione di personale operante nelle Case della Salute è riportata nell'allegata Tabella A. I dati riportanti rappresentano la dotazione organica "a regime", che non tiene conto delle sospensioni e delle riduzioni di attività mediche, diagnostiche e specialistiche non aventi carattere di urgenza o di priorità, rese necessarie nel corso del 2020 durante le fasi più critiche dell'emergenza pandemica

4.1 percorsi per la cronicità e promozione della salute

L'attivazione dei Percorsi di cura (PDTA) per i pazienti cronici, che vede l'impegno congiunto dei professionisti dedicati unitamente ai MMG degli assistiti, prevede lo sviluppo dei Percorsi più diffusi nei Distretti delle ASL piemontesi, quali la Gestione Integrata del Diabete, il percorso per la BPCO, lo Scompenso cardiaco, le nefropatie e in misura minore i disturbi cognitivi.

I percorsi vengono avviati seguendo generalmente le indicazioni della programmazione regionale, e gestiti seguendo prescrizioni locali, determinazioni ad hoc o il Piano Locale per la Cronicità.

Le attività di prevenzione e promozione della salute, in collegamento con il Dipartimento di Prevenzione, sono presenti nel 65% delle C.S. Fra le azioni più diffuse si rilevano gli interventi di educazione sanitaria, prevenzione tabagismo, attività vaccinale.

4.2 La telemedicina

La telemedicina rappresenta un supporto fondamentale per le attività erogate nell'ambito di servizi di prossimità, collegati con il domicilio dei pazienti. Durante l'emergenza pandemica parte delle C.S. (25 su 84) ha sospeso o ridotto l'attività specialistica in presenza sostituendola con interventi da remoto, nella tipologia di televisita, telemonitoraggio, ecc sulla base degli indirizzi regionali contenuti nella D.G.R. n. 6-1613 del 3.7.2020.

Il PNRR ne prevede un forte utilizzo per supportare quelle attività ricomprese nei Servizi del Territorio di cui prevede lo sviluppo. Tra queste, le Case della Comunità.

Nel corso del 2020 il 10% delle C.S. ha erogato prestazioni in Televisita.

Nel 21% delle C.S. sono state erogate prestazioni di Teleassistenza domiciliare.

Infine nel 48% delle C.S. si sono svolte attività di Teleconsulto medico nell'erogazione delle prestazioni relative ai PDTA per le patologie croniche.

AZIONE 2) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO: I 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 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 (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 3) 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 on 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.

AZIONE 4) L'EMERGENZA PANDEMICA E LE UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (USCA).

Nel corso del 2020, in attuazione dell'art. 8 del D.L. 14 del 9.3.2020, come richiamato dalla L. n. 27 del 24.4.2020 "cd."Curatitalia", si è sviluppato in tutte le ASL il percorso di promozione, l'indirizzo e monitoraggio circa l'attuazione di questo importante strumento di supporto alla risposta territoriale nel periodo di emergenza, secondo gli standard e le modalità previste dalla normativa nazionale.

A dicembre 2020, sulla base del monitoraggio condotto a livello regionale, il numero complessivo delle USCA ammonta a 90 unità territoriali, articolate e coordinate su base distrettuale, in coerenza gli standard di popolazione servita previsti dalla normativa nazionale istitutiva(1/USCA/50000 ab.) e con il fabbisogno relativo all'ambito territoriale di ogni ASL del Piemonte, come le stesse hanno debitamente certificato fornendo mensilmente l'aggiornamento dei relativi dati organizzativi ed operativi.

Nel percorso seguito per la realizzazione di tale rete il sistema sanitario regionale ha dato attuazione alla normativa nazionale riguardo all'articolazione delle USCA e all'espletamento delle funzioni di competenza, promuovendo un modello di riorganizzazione della medicina di territorio orientato, per tutta la durata della fase emergenziale, alla costituzione di reti di cure primarie in grado sia di assistere al domicilio i pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero, sia di identificare precocemente i casi sospetti e/o a rischio di contagio.

Le USCA sono state pertanto finalizzate a supportare ed integrare, mediante accessi domiciliari e consulti telematici/telefonici, l'assistenza primaria a favore di pazienti affetti da Covid-19 oppure sintomatici, senza necessità di ricovero ospedaliero, nelle seguenti situazioni:

1. in isolamento domiciliare;
2. in RSA o altre strutture residenziali

Il percorso attuativo delle USCA, sul piano normativo e organizzativo, si è sviluppato attraverso i seguenti passaggi:

1. nota della Direzione Sanità, prot n. 9152/A1406B del 17.3.2020 indirizzata alle ASL, avente ad oggetto "Emergenza Covid 19. Attivazione delle USCA", contenente le indicazioni operative regionali per dar corso alle procedure per il reclutamento dei medici e per il conferimento degli incarichi;
2. D.G.R. n. 2-1181 del 31.3.2020, Allegato A, con la quale sono state recepite ed applicate sul territorio le Linee d'indirizzo contenute nella circolare del Ministero della Salute prot. n. 7865 del 25.3.2020, avente ad oggetto "Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19;

3. nota dell'Unità di Crisi Regionale prot. n. 19538 del 20.4.2020 contenente “*Ulteriori indicazioni per le attività delle USCA*”, ovvero sulle competenze delle ASL/Distretti, MMG/PDLS e medici USCA per fornire la risposta più appropriata alle esigenze di assistenza a favore dei pazienti affetti da Covid o sintomatici a domicilio e/o in RSA;
 4. nota della Direzione Sanità alle ASL, prot. n. 15038/A1413C del 7.5.2020, contenente ulteriori indirizzi per la pianificazione della rete territoriale USCA, in attuazione dei parametri previsti dalla normativa nazionale;
 5. Accordo integrativo regionale con MMG firmato con le relative OO.SS. in data 13.5.2020 e recepito con la DGR n. 30-1380 del 15.5.2020, nel quale viene definito il modello strategico per la presa in carico del paziente Covid o sospetto da parte della rete delle cure primarie con la funzione complementare e integrativa svolta dalla rete USCA dislocata capillarmente sul territorio distrettuale;
- D.G.R. n. 1-2188 del 3/11/2020 avente ad oggetto “L. n. 27 del 24.4.2020 e L. n. 77 del 17.7.2020. Piani di potenziamento territoriale: linee d'indirizzo sul ruolo e sulle funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) nella rete dei servizi distrettuali delle ASL del Piemonte, nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19”, con la quale sono state definiti gli indirizzi regionali per l'attività delle USCA e per il relativo finanziamento per l'anno 2020.

In attuazione della suddetta deliberazione, con D.D. n. 1613 dell'11.12.2020 sono state trasferite e liquidate alle ASL le risorse assegnate dalla normativa nazionale sopra citata per la corresponsione degli oneri relativi all'attività delle USCA nell'anno 2020. In coerenza con le indicazioni operative contenute nella Circolare ministeriale prot. n. 24970 del 30.11.2020 per la corretta gestione a domicilio del paziente con infezione da Covid 19 e dei casi sospetti, con la D.G.R. n. 20-2700 del 29.12.2020 è stato recepito il Protocollo operativo interistituzionale per la presa in carico dei pazienti Covid a domicilio, sottoscritto fra i soggetti coinvolti nel percorso di assistenza a livello territoriale, con il duplice scopo di garantire le cure in condizioni di sicurezza e di non affollare in maniera inappropriata gli ospedali e soprattutto le strutture di emergenza-urgenza.

Il sistema informatizzato

L'intervento dell'USCA è attivato dal MMG/PLS di riferimento del paziente e le sue prestazioni rispetto al paziente preso in carico ed al follow up sono tracciate nell'ambito della “piattaforma regionale Covid-19”.

Tale piattaforma è stata attivata il 30.3.2020 con l'obiettivo di affrontare con maggior efficacia e omogeneità, anche sul piano informatico, la gestione dell'emergenza, attraverso l'interazione fra tutti gli attori coinvolti al fine di seguire e tracciare il percorso di cura di ogni persona che viene presa in carico dal sistema sanitario regionale, utilizzando in automatico i dati presenti nell'anagrafe assistiti regionale: dalla richiesta dei tamponi al loro esito, dal ricovero fino al trasferimento verso reparto o struttura o alla dimissione in isolamento domiciliare.

Il sistema tiene traccia di tutte le attività che riguardano i pazienti affetti da Covid 19 monitorandone il percorso dall'azienda sanitaria verso il laboratorio autorizzato e la registrazione del risultato. Inoltre consente di gestire la disponibilità dei posti letto nelle varie strutture, monitorare quelli disponibili in tempo reale nelle aree critiche (terapia intensiva, semi-intensiva, media intensità, etc) e mettere a disposizione una panoramica di tutti i posti letto liberi e occupati in ogni ospedale.

Attraverso questa piattaforma pertanto tutti i soggetti del SSR coinvolti nella risposta all'emergenza Covid, in tutte le fasi in cui si articola (comprese le USCA), hanno utilizzato il medesimo strumento informatico, consentendo così la possibilità di condividere in tempo reale informazioni cliniche ed epidemiologiche indispensabili per poter analizzare, programmare e gestire rapidamente le diagnosi e le cure, in un contesto in continua e rapida evoluzione.

Il monitoraggio regionale:

La Regione conduce mensilmente un monitoraggio, tramite le ASL e i relativi Distretti, riguardo all'articolazione, al personale operante nelle USCA ed alle relative attività svolte e conseguenti risorse impiegate.

Per quanto attiene all'articolazione delle USCA ed al relativo personale le risultanze del monitoraggio 2020 sono riportate nell'allegato Tabella A.

Per quanto attiene invece all'attività svolta, in termini di casi seguiti mensilmente, le risultanze del monitoraggio 2020 sono riportate nell'allegata Tabella B.

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

DENOMINAZIONE PROGETTO: SVILUPPO DELLE AZIONI DI UMANIZZAZIONE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'EMPOWERMENT DEI PAZIENTI

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...”.

La Direttiva 2011/24/EU, recepita in Italia con il D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 38, sancisce i diritti fondamentali dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, tra i quali l'informazione rispetto alla qualità dell'assistenza fornita.

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.

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.

Il programma, avviato fin dal 2012, ha realizzato una valutazione di tutte le strutture ospedaliere con una dimensione superiore ai 120 posti letto, secondo i principi dell'empowerment e dell'umanizzazione. In particolare le finalità perseguite sono state le seguenti: mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione idoneo ad assicurare, attraverso una rilevazione periodica (triennale), la disponibilità di 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 di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti; definire, a livello nazionale, linee guida per la diffusione dei risultati della valutazione condivise con Regioni/PA, Professionisti e Cittadini.

La valutazione partecipata della qualità ha consentito il consolidamento di un modello idoneo a favorire la "trasparenza" delle organizzazioni sanitarie che sono stimolate a "rendere conto" direttamente del proprio operato agli utenti. Cio' in linea con i principi richiamati nella normativa nazionale degli ultimi anni relativa alla Pubblica Amministrazione con quanto previsto a livello internazionale, specificamente nell'ambito sanitario, dalla "Tallinn Charter: Health System, Health and Wealth" che impegna gli Stati Membri a "promuovere la trasparenza e rendere conto della performance del sistema sanitario nel raggiungimento di risultati misurabili".

Le progettualità, che in Regione Piemonte sono state oggetto di specifici obiettivi assegnati ai direttori generali delle ASR, hanno consentito:

- e) la messa a punto di un apparato teorico e metodologico per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti con la partecipazione dei cittadini (definizione del concetto di umanizzazione, individuazione degli indicatori, definizione del processo di coinvolgimento dei cittadini);
- f) la raccolta, attraverso l'applicazione del modello di valutazione partecipata definito, di informazioni sull'umanizzazione relative a tutte le strutture ospedaliere delle Aziende Sanitarie Regionali con un numero di posti letto superiore a 120 (35 presidi ospedalieri all'interno di 19 ASR oltre ad un presidio ex art. 43 L. 833/78).

In coerenza con la normativa e gli atti sopracitati, nonché in continuità con le iniziative in tema di umanizzazione avviate a livello regionale, è stata successivamente sviluppata un'ulteriore attività finalizzata alla valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nell'ambito dei percorsi di presa in carico e di cura del paziente, con particolare riguardo a quelli connessi alle patologie croniche.

L'umanizzazione delle cure non può infatti 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 un efficace partenariato che coinvolgano pazienti, famiglie e cittadini, strutturate secondo tre livelli di priorità:

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

Nel corso del 2020, la prosecuzione delle progettualità avviate a livello regionale in tema di umanizzazione, ha subito una significativa riprogrammazione in considerazione dell'emergenza epidemiologica in atto.

In particolare, pur proseguendo nella valutazione delle azioni di miglioramento avviate a livello aziendale per superare le criticità rilevate in attuazione delle progettualità già avviate, si è ritenuto di fondamentale importanza avviare specifiche attività di monitoraggio legate all'emergenza COVID.

A tal riguardo è stato avviato uno specifico monitoraggio dei sistemi aziendali di comunicazione e gestione della relazione ricoverato/congiunti durante la pandemia COVID-19.

La pandemia da Covid-19 ha, infatti, obbligato le strutture sanitarie e socio-sanitarie all'adozione di specifiche misure di sicurezza che hanno previsto, fra l'altro, una limitazione all'ingresso dei visitatori a casi eccezionali.

Tali misure di sicurezza hanno costretto gli assistiti ad un momentaneo distacco dal contesto familiare e amicale, distacco che è spesso risultato anche più gravoso tenuto conto dell'eccezionale sforzo organizzativo che le Direzioni Aziendali e gli operatori hanno affrontato, negli ultimi anni, per favorire la presenza di persone di fiducia accanto all'assistito durante tutto il periodo della degenza.

E' stato, pertanto, avviato un monitoraggio presso le ASR, sia in relazione ai sistemi adottati dalle Aziende per la comunicazione delle informazioni sullo stato di salute del parente ricoverato sia con riguardo ai sistemi messi in atto per la gestione in sicurezza della relazione fra paziente ricoverato e congiunti dello stesso, con particolare attenzione ai pazienti che non risultavano in grado di utilizzare autonomamente i propri mezzi di comunicazione (es. pazienti ricoverati nei reparti ad alta intensità di cura).

E' stato rilevato, in particolare, che:

- con riguardo all'"Informazione tra personale sanitario e famigliari del ricoverato" si è rilevato come, nell'ambito delle ASR, il personale sanitario ha provveduto all'informazione del parente o della persona di riferimento (nominativo o recapito inserito in cartella clinica) sulle condizioni cliniche del paziente. La comunicazione è avvenuta, di norma, quotidianamente e nella fascia pomeridiana. Al parente/persona di riferimento, al momento del ricovero, è stato lasciato il recapito telefonico della struttura per le chiamate in caso di necessità ed informazioni;
- con riguardo alla Comunicazione/Relazione tra ricoverati ed i loro famigliari, in numerose Aziende sono stati messi a disposizione tablet distribuiti nelle varie strutture con i quali sono state organizzate le videochiamate ogni qualvolta necessario. Il personale infermieristico ha inoltre svolto attività di supporto – anche sotto il profilo della comunicazione-relazione – in caso di fragilità del paziente. E' stato, inoltre, previsto l'utilizzo del cellulare personale per i degenti autosufficienti.

Sono state, altresì, definite, specifiche "Linee di indirizzo per l'umanizzazione delle cure ospedaliere in tempo di Pandemia COVID-19". La finalità del documento è stata quella di identificare le azioni idonee a rendere possibile, in situazioni selezionate, l'incontro tra pazienti ricoverati in ospedale e loro congiunti, superando le condizioni di estremo isolamento imposte dal periodo pandemico in corso.

Doveroso presupposto del documento è che tutti i pazienti indistintamente hanno il diritto di poter incontrare i propri congiunti, anche nelle situazioni di ricovero ospedaliero, in condizioni di massima sicurezza.

Il documento opera al fine di garantire tale diritto nei limiti dettati dall'operatività dei reparti ospedalieri e dalle necessarie procedure di prevenzione del contagio. L'ammissibilità prevede una valutazione del paziente e del familiare che deve avere caratteristiche idonee. In questa fase, nel caso dei pazienti COVID-19 positivi, il medico valuta anche la necessità di un intervento da parte dello psicologo clinico a supporto sia del paziente che del congiunto. A tale scopo devono essere individuati locali idonei in ogni presidio coinvolto nella procedura dove possano svolgersi i colloqui di supporto psicologico. Una volta effettuata tale valutazione, la procedura prosegue secondo l'iter descritto da specifica flow-chart che prevede: richiesta incontro da parte del congiunto/paziente; valutazione da parte del medico; preparazione dell'incontro (comunicazione al paziente/congiunto; se necessario scambio multidisciplinare tra medico, infermiere, psicologo; se necessario telefonata dello psicologo al congiunto); definizione dell'appuntamento e comunicazione agli interessati.

Il documento ha definito nel dettaglio gli aspetti organizzativi per le ipotesi di pazienti affetti da Covid-19 prevedendo: disciplina procedura vestizione/svestizione congiunti; fasce orarie e giorni settimanali visite; note informative al congiunto, corretta attribuzione dei necessari DPI da riportare in cartella nel diario paziente; casi particolari, qualora il paziente si trovi nelle fasi

terminali della vita, in cui è possibile prolungare indefinitamente la presenza del congiunto, in accordo con il parere dell'equipe multidisciplinare e garantendo la scrupolosa osservanza delle regole.

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: COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA 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'idonea presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative e nella rete di terapia del dolore.

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

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

Tali indicazioni riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 138 del 27 giugno 2007 della Presidenza del

Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. N. 113 del 20 marzo 2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

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

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

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 RISULTATI RAGGIUNTI 2020

1. ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE – Anno 2020

Nelle more dell'approvazione del PRP 2020-2025 (Accordo Stato-Regioni n. 127 del 6/08/2020) e in coerenza con il Patto per la Salute 2019-2021, la Regione Piemonte ha definito (con DD n. 632/A1400A/2020 del 23/06/2020) la programmazione delle attività di prevenzione e promozione della salute per l'anno 2020, in continuità con il PRP 2014-2019 e in coerenza con gli orientamenti del PNP allora in corso di approvazione, nonché tenendo conto della situazione epidemiologica determinata dalla pandemia da virus SARS-COV2.

Programma “Guadagnare Salute Piemonte. Scuole che promuovono salute”

Le ASL del Piemonte, con la rete dei referenti per la promozione della salute, hanno proseguito nel 2020 il lavoro per proporre alle scuole progetti omogenei di interventi su tematiche considerate prioritarie. Tutte le ASL hanno definito e proposto alle scuole del proprio territorio un catalogo di azioni e offerte formative che coniuga le esigenze del Piano di Prevenzione con gli obiettivi ricompresi nell'insegnamento di “Cittadinanza e costituzione”, in particolare per quanto riguarda le competenze trasversali per la salute (life skills). È stato anche avviato un percorso di valutazione dell'equità di accesso ai programmi proposti dalle diverse ASL che ha rilevato disomogeneità per zona geografica, grado e tipologia di scuola. Nel 2020, a causa della pandemia, si è registrata una netta diminuzione degli interventi effettuati insieme ad una evidente disomogeneità territoriale. Nel corso del 2020 sono state mantenute le attività di supporto alle scuole finalizzate all'orientamento metodologico e organizzativo (formazione, analisi di contesto/profilo di salute, valutazione delle priorità, adozione e sviluppo degli interventi raccomandati) anche al fine di aumentare il numero e omogeneizzare la distribuzione territoriale degli istituti aderenti. Si è lavorato sulla facilitazione di processi di attivazione di comunità e progettazioni partecipate con la scuola, a volte lavorando su progetti finanziati. È stata inoltre aggiornata la piattaforma che permette il monitoraggio e la comunicazione tra le scuole che partecipano alla rete. Tutte le attività hanno tenuto conto dei vincoli imposti dalla pandemia, riassumibili principalmente in:

- incertezza sulle modalità didattiche attuate nelle scuole;
- diminuzione delle risorse disponibili nella scuola e nella sanità da dedicare alla promozione della salute.

Tuttavia in molte ASL è stata colta l'occasione per riorganizzare i progetti anche per la fruizione con modalità on-line. Sono 364 (pari al 66% del totale) gli istituti piemontesi che hanno realizzato almeno un progetto a catalogo nel corso del 2020; si è molto lavorato con le scuole secondarie di primo grado: sono 246 (pari al 44% del totale) i plessi che hanno adottato almeno un progetto proposto nel catalogo di ASL; sono 128 (pari al 23% del totale) i plessi di scuola secondaria di primo grado che hanno adottato almeno una pratica regionale raccomandata (tra “Unplugged”, “Diari di Salute” e “Patentino per lo smartphone”); otto ASL hanno proposto il progetto “Patentino per lo smartphone”, alcune anche “Diari di salute” (7 ASL) e “Unplugged” (4 ASL) che ha visto anche una versione da fruire on line.

Con una parte del personale in appoggio al SISP per la pandemia è stato possibile sviluppare relazioni interdisciplinari tra gli operatori sanitari di Servizi diversi, rafforzando l'idea che la promozione della salute può essere condivisa; in alcuni casi si sono sviluppati progetti specifici per affrontare la pandemia insieme alla scuola.

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

Nonostante la pandemia, è proseguita l'azione di advocacy nei confronti delle Amministrazioni Comunali per verificare con loro interesse e disponibilità ad impegnarsi, a sostenere i principi e ad attuare le raccomandazioni proposte dalla Carta di Toronto sulla promozione dell'attività fisica: attualmente i Comuni che hanno aderito e sottoscritto la Carta sono circa 55 (su 1181). I Comuni si sono impegnati nella creazione/rafforzamento di reti tra i diversi portatori di interesse (ASL, Amministrazioni Comunali, Associazioni, gruppi informali) e in una maggior definizione/attuazione di interventi/progetti intersettoriali.

Accanto a questo impegno strategico vi è stato un aumento dell'offerta dei gruppi di cammino distribuita su tutto il territorio regionale e della partecipazione della popolazione target. A giugno 2021 risultano circa 137 gruppi di cammino in 83 Comuni, sensibilmente diminuiti rispetto agli anni precedenti alla pandemia. La maggior parte dei gruppi di cammino ha utilizzato strumenti di valutazione (registro presenze, questionario IPAQ, questionario di gradimento, ...), messi a disposizione dal Centro di Documentazione DoRS e dalla Rete Attività fisica Piemonte (RAP), per valutare processo ed esito degli interventi. I partecipanti hanno dichiarato che quest'attività è gradita, si sentono meglio fisicamente e psicologicamente, hanno aumentato il cammino nella vita di tutti i giorni ed è migliorata la loro consapevolezza dei livelli personali di attività fisica praticata.

Nel periodo dell'emergenza sanitaria da Covid-19, in cui sono stati sospesi i gruppi di cammino, le ASL hanno mantenuto i contatti con i partecipanti per sostenerli durante l'isolamento e per suggerire attività per mantenersi attivi in casa, utilizzando opportunità e idee offerte da dispositivi elettronici e attività on-line. ASL e Amministrazioni Comunali si sono poi attivate per far ripartire, appena possibile, i gruppi di cammino in sicurezza, definendo comportamenti protettivi.

Sul fronte della promozione della salute materno-infantile, è stato pubblicato il report con i risultati della sorveglianza di popolazione nazionale "0-2" realizzata in Piemonte nel 2019 con rappresentatività regionale e in due ASL con rappresentatività locale.

Programma "Guadagnare Salute Piemonte - Comunità e ambienti di lavoro"

In una situazione condizionata dall'emergenza pandemica, essenziale per la condivisione delle attività a livello locale è stata la "Comunità di Pratica", alla quale partecipano i referenti del programma delle ASL, che negli anni ha svolto un'azione facilitante sia nella attività di analisi dei bisogni, sia nella attuazione di progetti specifici.

A ottobre 2020 il modello di rete WHP Piemonte è stato presentato nell'ambito di una videoconferenza del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC) previsto dal DLgs 81/2008.

Il corso FAD "Lavoratori e stili di vita: dall'informazione alla progettazione di interventi", predisposto dalla Comunità di pratica nel 2019, è stato aggiornato con una sezione denominata "Covid-19: prevenzione e promozione della salute" e un sondaggio per valutare la propensione dei discenti ad attivare progetti WHP nella propria realtà lavorativa.

Pressoché tutte le ASL hanno mantenuto l'offerta di progetti WHP ai propri dipendenti, in molti casi con attività focalizzate sul Covid-19 (supporto psicologico e tutela della sicurezza). Sono stati rendicontati progetti di Marketing Sociale in 3 ASL; 5 ASL hanno caricato sulla piattaforma Medmood materiali per la costruzione del catalogo di buone pratiche.

Programma "Screening oncologici"

Durante il periodo di lock-down il programma di screening è stato sospeso su tutto il territorio regionale, garantendo solo l'esecuzione di esami di approfondimento per persone che avevano già avuto un esito positivo al test di screening, o per le persone inserite in protocolli di sorveglianza. A partire dal mese di giugno 2020, nella fase 2 dell'emergenza, i programmi regionali hanno riavviato gradualmente l'attività, con volumi ridotti rispetto al periodo precedente e ridefinendo i protocolli per la gestione in sicurezza dei percorsi di screening e approfondimento. Il volume di attività svolta resta quindi ampiamente inferiore a quanto necessario per garantire la copertura della popolazione bersaglio. Anche la risposta degli assistiti invitati è stata inferiore a quella registrata negli anni precedenti, frenata anche da timori legati al rischio percepito di contrarre l'infezione accedendo a presidi ospedalieri per eseguire gli esami.

Nome indicatore	Standard 2020	Osservato 2020
SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100 - 97%	50,00%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Età 25-64 anni Numero di donne invitate ad effettuare il test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100 - 97%	46,20%
SCREENING COLO-RETTALE Età 58 anni Numero persone invitate a sigmoidoscopia + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	100 - 97%	41,70%
SCREENING MAMMOGRAFICO Età 50-69 anni Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	60%	26,40%
SCREENING CERVICO-VAGINALE Età 25-64 anni Numero di donne sottoposte al test di screening + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	50%	18,20%
SCREENING COLO-RETTALE Età 58-69 anni Numero persone sottoposte a sigmoidoscopia o FIT + adesioni spontanee / popolazione bersaglio annuale	50%	21,60%

È stata invece mantenuta l'attività di monitoraggio della qualità e di formazione, con seminari online dedicati alla discussione non solo dei risultati dell'anno precedente, ma anche delle criticità incontrate nell'erogazione dell'attività nella fase di ripresa dell'emergenza e delle misure da adottare per garantire la sicurezza degli assistiti aderenti e degli operatori.

È proseguita la partecipazione agli studi nazionali di valutazione delle strategie di screening per le donne vaccinate.

È stato realizzato il linkage dell'archivio screening con l'archivio vaccinale.

La Rete Oncologica ha condotto una indagine per valutare il livello di adesione da parte delle Breast Units alle raccomandazioni del documento regionale relativo agli interventi rivolti alle donne con rischio ereditario per tumore della mammella.

Programma "Lavoro e salute"

L'emergenza da Covid-19 sopraggiunta all'inizio del 2020 ha profondamente pregiudicato e influenzato l'operatività degli SPreSAL sia per il supporto che hanno dovuto fornire ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica nelle attività di contact tracing, in particolare nella conduzione delle indagini epidemiologiche nei luoghi di lavoro, sia per l'effettuazione delle verifiche dei "Protocolli aziendali di sicurezza per la prevenzione del COVID 19" nell'ambito dei programmi definiti a livello locale con le Prefetture, sia per le attività di indagine richieste dalle Procure in merito ad esposti o inchieste per infortuni da Covid-19. Tutti gli SPreSAL hanno rendicontato l'attività svolta. Malgrado il perdurare delle difficoltà legate all'emergenza sanitaria e al periodo di lockdown, che ha imposto un fermo temporaneo alle attività produttive, i Servizi hanno cercato di mantenere un'attività di controllo, anche se ridotta, nei settori più a rischio come l'edilizia e l'agricoltura, garantendo inoltre le attività di indagine urgenti legate agli infortuni e alle richieste delle Procure.

Nel corso del 2020 gli SPreSAL hanno controllato 7018 aziende/lavoratori autonomi a fronte di un dato relativo al 2019 di 11.189 aziende/lavoratori autonomi controllati. Contestualmente si è assistito ad una riduzione del personale ponderato UPG medici da 39,24 a 34,38 (-12,4%) e UPG TTPALL da 140,11 a 128,97 unità (-8%).

Tutte le ASL hanno redatto il report "Rischi e danni" relativo al 2019, con le informazioni sulla struttura produttiva, gli infortuni e le malattie professionali del territorio di competenza. È stato così possibile redigere il report regionale "Aziende, addetti, infortuni e malattie professionali in Piemonte nel 2019" pubblicato sul sito web regionale: <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/sicurezza-sul-lavoro/pubblicato-report-2019-infortuni-malattie-professionali-piemonte>

È stato pubblicato il report relativo alle attività svolte nell'ambito del Piano mirato di sicurezza in edilizia nel 2019:

https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2020-04/report_edilizia_2019_prp_0.pdf

È stato pubblicato il report relativo ai controlli per la sicurezza nel settore dell'agricoltura svolti nel periodo 2020-2019:

https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2020-12/Report%20Agricoltura%202010_2019.pdf

Sono proseguite le attività correlate alla formazione delle figure previste dalla normativa in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Programma "Ambiente e salute"

L'emergenza da Covid-19 ha profondamente pregiudicato e influenzato l'operatività dei servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e, in modo particolare, dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, deputati anche alla conduzione di indagini epidemiologiche sulle malattie infettive. I SISP hanno avuto un ruolo prevalente nella gestione delle segnalazioni e delle attività conseguenti e le difficoltà organizzative emerse hanno determinato anche la necessità di implementare la dotazione di personale operante, con figure provenienti da altri servizi del Dipartimento di Prevenzione o Strutture, con personale sanitario e amministrativo temporaneamente distaccato o assunto a tempo determinato.

Anche le strutture di supporto sono state coinvolte nell'emergenza: ARPA e IZS hanno cooperato per il contenimento della diffusione del virus, estendendo temporaneamente il raggio di competenza e supportando il sistema nell'esecuzione di test per la ricerca del virus SARS-CoV-2.

Tutti i SISP hanno rendicontato l'attività svolta. Malgrado il perdurare delle difficoltà legate all'emergenza sanitaria, hanno cercato di proseguire le attività per la gestione delle tematiche ambientali connesse alla tutela della salute pubblica mantenendo, per quanto possibile, il confronto con gli altri Enti coinvolti (Comuni, Province, ARPA) e il raccordo con altre Strutture dipartimentali nella valutazione di problematiche comuni (esposti, emergenze, ecc.) per dar seguito alle richieste provenienti dai territori.

Sono inoltre stati svolti, seppur in percentuale ridotta rispetto al passato e limitatamente ai periodi di apertura, interventi di controllo su strutture e attività commerciali, su presidi sociosanitari e socioassistenziali e presso civili abitazioni mentre si è mantenuto un buon trend sulle attività di controllo analitico delle matrici REACH e sul campionamento dei prodotti cosmetici (85% di campionamenti effettuati rispetto a quelli programmati).

Sono stati realizzati corsi di formazione online sulla sicurezza chimica a livello regionale.

Se da un lato, quindi, vi è stata una inevitabile concentrazione di risorse nella gestione della pandemia, che ha determinato una riduzione delle attività legate alla tematica salute-ambiente, dall'altro la situazione ha rappresentato un'opportunità di forte integrazione e scambio per affrontare rischi di salute, certi o potenziali, originati dall'interfaccia tra esseri umani, ambiente, animali e clima.

I Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione (SISP, Veterinario, SIAN) hanno mantenuto per quanto possibile la partecipazione alle Conferenze dei Servizi per la gestione dei Procedimenti inerenti le autorizzazioni in materia di VIA, VAS, IPPC, Emissioni in Atmosfera, bonifiche di suolo e falde idriche, ecc. e l'espressione di pareri su pratiche di edilizia di opere pubbliche e, laddove previsto, anche di edilizia privata.

Sul territorio sono proseguiti gli approfondimenti di biomonitoraggio su mangimi e alimenti quali possibili punti di ingresso nella catena alimentare di microinquinanti di origine ambientale sulla base dei risultati di attività di controllo pregresse, con la partecipazione dei Servizi Veterinari delle ASL. Dopo un periodo di interruzione sono proseguite le attività connesse al progetto Spott2, attraverso ARPA e IZS, dedicato alla sorveglianza delle popolazioni residenti nell'area di prossimità al Termovalorizzatore di Torino. Nel 2020 sono state svolte attività di pianificazione per il monitoraggio delle matrici alimentari.

Programma "Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare"

Nel corso del 2020 i veterinari e i medici dei Dipartimenti di Prevenzione hanno integrato l'attività dei SISP contribuendo ad effettuare il rintraccio dei contatti per i casi di positività al Covid-19. Le ridotte risorse disponibili e la necessità di rispettare le misure di contenimento del contagio hanno portato alla sperimentazione di nuove forme di comunicazione e di formazione più facilmente fruibili anche a distanza.

Non potendo svolgere in presenza i previsti eventi di informazione/formazione, è stata svolta una intensa attività di informazione e assistenza ai veterinari libero-professionisti in merito al corretto utilizzo della ricetta elettronica veterinaria e del relativo programma informatizzato Vetinfo, anche attraverso presentazioni sul tema dell'antimicrobico-resistenza pubblicate sui siti web aziendali e liberamente fruibili dai professionisti. Con riferimento alla sorveglianza e gestione delle malattie trasmesse da alimenti (MTA), i servizi SIAN hanno fornito informazioni alle associazioni di categoria e agli OSA sulle corrette modalità di preparazione, conservazione, trasporto e consegna a domicilio di pasti/prodotti alimentari; sono stati inoltre forniti consigli pratici per promuovere la preparazione domestica e il consumo di cibo in sicurezza.

È stato realizzato il corso di formazione sulle emergenze epidemiche: "Simulazione della gestione di un focolaio di influenza aviaria" (2 e 10 ottobre 2020) al quale hanno preso parte operatori di tutte le ASL regionali. Pur con le limitazioni legate all'emergenza sanitaria in corso, tutte le ASL hanno ottemperato a quanto previsto dal piano regionale di sorveglianza e monitoraggio della fauna selvatica e hanno mantenuto il monitoraggio su almeno 6 malattie. 10 ASL su 12 hanno inoltre eseguito tutti i campionamenti assegnati dal programma. Quasi tutte le ASL hanno garantito l'applicazione della programmazione regionale per la ricerca di allergeni non dichiarati in etichetta su specifiche matrici alimentari e la verifica/controllo dell'etichetta (regolamenti UE 1924/2006 e 1169/2011) dei prodotti alimentari. In ultimo tutte le ASL hanno organizzato interventi di comunicazione rivolti alla popolazione, attraverso la pubblicazione di opuscoli e altro materiale informativo sul sito web istituzionale, per informare i consumatori sulle corrette pratiche di conservazione degli alimenti e in generale sui rischi connessi alla produzione casalinga. Molte ASL hanno previsto moduli informativi rivolti agli OSA dedicati al servizio alternativo di consegna a domicilio, sviluppato da numerose attività produttive durante il periodo di lockdown.

2. AVVIO DELLA PIANIFICAZIONE DEL PRP 2020-2025: PROFILO DI SALUTE ED EQUITÀ

La Regione ha prodotto, entro le scadenze previste dall'Intesa di adozione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 (n. 127/CSR del 6/08/2020), il Profilo di salute ed equità piemontese, contenente l'analisi descrittiva del contesto regionale con riferimento alle seguenti dimensioni:

- condizioni demografiche e socioeconomiche;
 - stato di salute e carico di malattia (malattie croniche non trasmissibili, malattie trasmissibili, incidenti);
 - fattori di rischio (ambientali, professionali e correlati agli stili di vita);
 - sistema sanitario/offerta di prevenzione (servizi, programmi di popolazione);
 - differenze sociali nell'esposizione ai principali fattori di rischio potenzialmente evitabili.
- Per tracciare il profilo di salute regionale si è fatto ricorso alle principali fonti informative demografiche e sanitarie disponibili con indicatori aggiornati, ove possibile, al 31 dicembre 2019, dando quindi conto delle variazioni occorse in un decennio (2010-2019); laddove possibile, sono state sottolineate le differenze territoriali al fine di fornire spunti utili a definire priorità per la prevenzione a livello locale.

Il documento è stato caricato nell'area regionale della piattaforma web predisposta per la pianificazione dei Piani regionali di prevenzione – www.pianiregionalidellaprevenzione.it.

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 2020

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 (indicatore di copertura P15a,b,c, indicatori C1,C2, indicatori U3 e U7);

b) di comparazione fra le Regioni (e all'interno di ogni Regione fra i singoli programmi) ai fini della emersione e disseminazione delle best practice.

Questi risultati vengono pubblicati annualmente nel Rapporto dell'Osservatorio e discussi in molte iniziative con le Istituzioni, le società Scientifiche, operatori sanitari, le associazioni di volontariato ecc. Inoltre a ogni Regione per ogni tipo di screening vengono forniti il confronto di numerosi indicatori per ogni tipologia di screening rispetto alla media nazionale e alla media Regionale e rispetto allo standard di riferimento. L'ONS conferisce al Ministero della Salute tutta la documentazione necessaria e supporto tecnico nel caso di inadempienze degli indicatori.

Nel 2020 l'ONS ha svolto le seguenti attività.

Convocazione e gestione del Consiglio Direttivo ONS

Il suddetto Consiglio, composto dai referenti dei coordinamenti regionali di screening, è coordinato dall'ONS e tratta tutti gli argomenti relativi allo screening oncologico organizzato dalle linee di indirizzo, al monitoraggio dei programmi, alle proposte operative. Nel 2020 il Consiglio Direttivo si è riunito nelle seguenti sedute: 21 aprile, 29 aprile, 15 maggio, 8 giugno, 4 agosto, 1 ottobre, 9 dicembre. I verbali delle riunioni sono conservati presso la segreteria ONS.

Linee Guida Italiane per lo Screening Mammografico

Nel 2020 l'Osservatorio Nazionale Screening ha attivato, presso il Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, le azioni per l'elaborazione delle Linee Guida Italiane per lo Screening Mammografico attraverso un processo di *adoption* delle Linee Guida Europee. Sono stati istituiti il Gruppo di coordinamento e il Comitato Tecnico Scientifico che hanno elaborato e sottoscritto le regole e i metodi di lavoro. È stato istituito il gruppo dei pannellisti e sono cominciati i lavori per l'emanazione delle raccomandazioni per il primo pacchetto di PICO relativo a fasce ed intervalli. Nel rispetto delle regole di lavoro e di confidenzialità (fino al completamento del lavoro di approvazione delle raccomandazioni in logica peer-review) presso ONS è conservata tutta la documentazione, compresi i verbali delle sedute e le votazioni.

Supporto alla gestione dello screening durante la pandemia da SARS-COV-2

Nel corso del 2020, l'epidemia da Covid-19 ha imposto una riorganizzazione progressiva dei sistemi sanitari regionali in Italia, impattando anche sui programmi di screening oncologico. L'ONS ha seguito sin dall'inizio l'evolvere della situazione, aprendo ad una serie di riflessioni sulla gestione dei programmi durante e dopo l'emergenza, riflessioni e contributi presenti sul sito ONS, che hanno guidato le regioni nella riapertura dei programmi di screening. A maggio 2020 è stata condotta una survey qualitativa atta a valutare cambiamenti in merito alle modalità organizzative di ripartenza dei programmi di screening su tutto il territorio nazionale. Alla luce di quanto discusso in seno al Consiglio Direttivo dell'ONS, sono emerse una serie di indicazioni che hanno dato origine ai documenti, disponibili sul sito dell'ONS, che seguono:

- quadro regionale delle riaperture,
- raccomandazioni ONS per la riapertura dei programmi di screening,
- presupposti per una strategia di comunicazione coordinata e condivisa a supporto della ripresa dell'erogazione dei programmi di screening.

L'ONS ha monitorato la riapertura progressiva dei programmi di screening, misurando quantitativamente, attraverso specifici indicatori, il ritardo accumulato e la velocità di ripartenza, producendo due survey e raccogliendo dati per la terza survey pubblicata nel 2021. Sono stati pubblicati due report sulla ripartenza degli screening, rispettivamente nei periodi gennaio maggio 2020 e giugno settembre 2020.

Istituzione del Gruppo Inter-screening di Comunicazione

Sulla spinta dell'emergenza pandemica, è stato re-istituito il Gruppo Inter-screening di Comunicazione che ha contribuito alla elaborazione del documento sulle strategie comunicative per la ripartenza e alla produzione di materiali informativi per l'utenza sulla ripresa dei programmi di screening.

Collaborazioni con altri Enti ed Istituzioni

L'ONS ha collaborato assieme ad AIOM e AIRTUM alla stesura del volume *I Numeri del Cancro 2021*. Gli argomenti di screening trattati sono stati l'impatto degli screening sulla popolazione e un aggiornamento sulla diffusione degli screening nel 2018.

L'ONS ha partecipato ai lavori del gruppo di lavoro per lo screening mammografico, insediato presso la Direzione tecnica del Ministero della Salute, producendo documenti utili per indicazioni condivise sulle migliori pratiche e sulle evidenze scientifiche in merito allo screening mammografico.

Presso l'ONS, in collaborazione con GISMa, GISCi e GISCoR, è stato predisposto un documento nazionale (<https://www.osservatorionazionale screening.it/content/documento-indicatori>) sulla metodologia per la definizione ed il calcolo degli indicatori nello screening oncologico. Lo scopo è quello di fornire una base concettuale e pratica per cui la definizione e la costruzione degli indicatori sia corretta e comparabile su tutto il territorio nazionale, e dentro ogni Regione.

Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)

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.

La Legge 22 marzo 2019, n. 29 ha istituito la Rete nazionale dei Registri dei Tumori e dei sistemi di sorveglianza. La fonte delle informazioni epidemiologiche che alimenteranno il Registro nazionale (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).

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, dell'area metropolitana di Torino dal 2008 al 2012, dell'intera Regione Piemonte per il biennio 2013-14), con progressiva estensione della registrazione dei tumori all'intera Regione. Attualmente, il RTP (Registro Tumori Piemonte) copre oltre il 60% della popolazione residente in Piemonte, anche a seguito della Legge Regionale n. 4/2012 "Disciplina dei Registri regionali di rilevante interesse sanitario".

È stato pubblicato, in collaborazione con ONS e AIOM, il volume *I Numeri del Cancro in Italia, 2020* che evidenzia come, per molte patologie oncologiche, i tassi di incidenza siano in progressiva riduzione. Risultano molto aumentati, in entrambi i sessi, i tassi di incidenza per il melanoma e i tumori del pancreas.

Per quanto riguarda l'attività di formazione si sono svolti nel 2020 i seguenti eventi:

- corso: La stadiazione dei Tumori Infantili secondo le linee guida di Toronto (Palermo, 13-14 febbraio 2020);
- webinar sul tema "I tumori del distretto testa-collo" (9 giugno 2020).

Network Italiano Evidence-based prevention (NIEBP)

Il Network Italiano Evidence-Based Prevention (NIEBP), 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 2020 il NIEBP, a seguito di una consultazione delle regioni nell'ambito del Coordinamento Interregionale Prevenzione, ha adottato un nuovo piano di lavoro e assunto la sua conformazione attuale, includendo oltre all'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Regione Toscana e la Cattedra di Igiene dell'Università del Piemonte Orientale, il Centro Regionale di Documentazione per la promozione della Salute (DoRS) della Regione Piemonte e l'esperienza del progetto CCM Laboratorio della Prevenzione del CPO Piemonte.

Il prodotto principale del NIEBP è il nuovo sito www.niebp.com. Il sito mette a disposizione il database che contiene una raccolta delle schede di sintesi delle revisioni sistematiche sui temi del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e degli interventi di prevenzione efficaci e trasferibili.

Inoltre è stato avviato il lavoro relativo alla sezione "Laboratorio della prevenzione" al fine di mettere a disposizione strumenti di supporto alle decisioni relative alla selezione di interventi prioritari per la prevenzione delle malattie croniche, sulla base della valutazione di efficacia, costi, impatto organizzativo e impatto sull'equità, secondo la struttura e gli indirizzi del Piano nazionale di prevenzione. Inoltre sono stati resi disponibili i collegamenti ad alcuni dei più importanti siti europei per la selezione degli interventi efficaci, e una serie di strumenti utili per l'elaborazione dei Piani Regionali di Prevenzione.

Nel 2020 sono stati messi a disposizione i seguenti documenti:

- scheda "Distanziamento fisico, mascherine e protezione degli occhi nella prevenzione del contagio da Sars Cov 2";
- sintesi di 15 revisioni Cochrane della collana "PEARLS" (Practical Evidence About Real Life Situations, dedicata alle cure primarie), che valutano l'efficacia di interventi di prevenzione e promozione della salute nell'ambito delle cure primarie, tradotte e raccolte in un unico volume.

È stata messa a punto l'offerta di opportunità di formazione e formulate le prime proposte per la costituzione della rete dei referenti NIEBP nelle regioni, con il compito di collaborare alla selezione degli interventi preventivi promettenti, da sottoporre ad un processo rigoroso di valutazione.

ASL	N. residenti	Distretti	ATTIVAZIONE USCA		Personale medico (n. unità al 18.12.2020)					Totale ore assegnate nella settimana 14-20.12.2020	Note	Personale di supporto - (n. unità al 18.12.2020)				Totale ore assegnate nella settimana 14-20.12.2020	Note			
			Sede USCA	Data avvio USCA	MCA	Medici in corso di formazione MMG	laureati in medicina e chirurgia	specialisti ambulatoriali	Totale unità			Infermieri	Assistenti sociali	Psicologi	Dirigenti medici del distretto, personale amministrativo e OSS					
Città di Torino	876.688	Nord Est/Ovest; Sud Est/Ovest	Sede Ospedale Oftalmico, via Silvio Pellico 28	24.04.2020																
			1 Unità USCA Parella		2	2	1													
			2 Unità USCA S. Donato Campidolo			1	2													
			3 Unità USCA Borgo Vittoria		1	1	2													
			4 Unità USCA Madonna Campagna		1	2	1	1												
			5 Unità USCA Lucento Vallette		1	1	1	1												
			6 Unità USCA Barriera di Milano		1	1	2													
			7 Unità USCA Rebaudengo/Falchera /barca/Betola		1	2	1													
			8 Unità USCA Aurora			1	2													
			9 Unità USCA Vanchiglia-Madonna del Pilone/Sassi		1	2	1													
			Sede presidio Valletta, via Farinelli	04/10/20																
			10 Unità USCA Mirafiori-San Paolo		1	1	2													
			11 Unità USCA Santa Rita			2	3													
			12 Unità USCA Censia-Pozzo Strada		2	1	1													
			13 Unità USCA Mirafiori Nord			1	3													
			14 Unità USCA Cit Turin		1	1	3													
			15 Unità USCA Crocetta -Nizza		1	1	2													
			16 Unità USCA San Salvatore-Cavoretto			2	2													
			17 Unità USCA Lingotto		1	1	2													
18 Unità USCA mercati Generali			2	2																
19 Unità USCA Centro.		1	1	4																
TO1(2)	681.452	A. M. NORD	DRUENTO	30/03/2020																
			VENARIA	20/05/2020	7	5	4	0	13	504	3 medici fanno sia CA che corso formazione MMG	3	1		1 medico del distretto +1 amm.	94				
			COLLENO 1	30/03/2020																
			COLLENO 2	20/05/2020	13	16	7	1	27	504	10 medici fanno sia CA che corso formazione MMG	4	1		1 medico del distretto +1 amm.	120				
			RIVOLI	20/05/2020																
			VOLVERA	30/03/2020																
			BORGARETTO DI BEINASCIO	20/05/2020	6	7	5	2	20	420		3	0,5		1 medico del distretto +1 amm.	82				
			PINEROLESE	30/03/2020																
			POMARETTO	30/03/2020	3	5	9	1	18	588		4	0,5		1 medico del distretto +1 amm.	107				
			CUMIANA	20/05/2020																
VALSUSA VALSANGONE			OULX	30/03/2020																
			AVIGLIANA	30/03/2020	10	7	8	1	20	420	6 medici fanno sia CA che corso formazione MMG	2	1		1 medico del distretto	69				
			GIAVENO	20/05/2020																
TO4	514.420		CIRIE'	2 LANZO T.se																
			CHIVASSO - SAN MAURO	2 CHIVASSO																
			SETTIMO TORINESE	2 SETTIMO T.se	26.03.2020	33	7	32		72	1484									
			IVREA	2 IVREA																
			CUORGNÈ	2 CASTELLAMONTE																
TO5	309.656	Chieri-Carmagnola	Chieri 1	30/03/2020																
			Chieri 2	25/05/2020																
			Carmagnola	30/03/2020	46	14	9	1	47	1088										
			Moncalieri	30/03/2020																
			Nichelino	30/03/2020																
			Nichelino 2	25/05/2020																
VC	168.073	Vercelli	Vercelli-Santhià	06/04/2020	2	0	15	0	17	672										
			Borgosesia-Valsesia	06/04/2020	2	0	12	0	14	636	in appoggio CAVS Gattinara e Varallo	0	1							
Biella(1)	167.895	Biella	Ospedale	26.03.2020																
			Dal 8 giugno via Don Sturzo 20 (prima via Caraccio)	10/05/2020	14	5	14		33	672										
			Ambito di Cossato	26/03/2020																
NO	347.571	Urbano NO	Area Sud	4 nuclei operativi USCA presso il Presidio Territoriale di Novara, viale Roma 7	25.03.20	5	7	4	0	16	504									
			Area Nord	3 nuclei operativi USCA presso il Presidio Territoriale di Arona (Casa della Salute), Via San Carlo 11	16.03.20	6	1	8	0	15	420									
VCO	168.995	VCO	Verbania Crevaldosola	06.04.2020 27.04.2020	15	6	12		33	456										
CNI	416.011	SUD OVEST	CUNEO 1 - CUNEO 2 - DRONERO	06/04/2020 01/05/2020 14/12/2020	5	4	8		17	480										
			SUD EST	MONDOVI 1 MONDOVI 2	06/04/2020 01/05/2020	4	1	13	0	20	421									
			NORD OVEST	BARGE VERZUOLO SALUZZO	06/04/2020 27/04/2020 09/12/2020	6		7		13	402									
			NORD EST	SAVIGLIANO 1 SAVIGLIANO 2	06/04/2020 27/04/2020	11	0	8	0	19	462									
CN2	171.188	ALBA	Alba	18-mar	2	6	9		17	456										
			Canale	21-mag	2		6		8	240										
			BRA	Ospedale	28-mar	2	2	13		17	474									
AT	202.819	ASTI	Nucleo Operativo 1 Asti C.so Dante 202 (sede centrale)	31/03/2020																
			Nucleo Operativo 2 Asti C.so Dante 202	31/03/2020																
			Canelli - Via Solferino 124 (Casa della Salute)	01/06/2020	14	3	9	1	27	492										
			Villafranca - Reg. Pieve 2 (Casa della Salute)	06/07/2020																
AL	432.818	ALESSANDRIA -VALENZA	ALESSANDRIA, Valenza, Castellazzo B	30/03/2020	0	0	10	0	10	280										
			Valenza	28/10/2020	2	0	4	0	6	136										
			ACQUI-OVADA	ACQUI T.	11/04/2020	1	2	3	0	6	148									
			ACQUI-OVADA	OVADA	30/03/2020	0	0	5	1	6	176									
			CASALE	CASALE M. 1, Casale M. 2	30/03/2020	1	2	5	0	8	168									
			TORTONA-NOVI L.	NOVI L. TORTONA	30/03/2020 30/03/2020	2 0	2 1	2 5	0 0	6 6	280 208									
Totale Regione	4.187.411	33	90	18/12/2020	229	129	283	10	611	15531										
			ore sett. 14-20.12.2020																	
			89	13/11/2020	208	122	228	11	532	13089										
			ore sett. 9-15.11.2020																	
			89	09/10/2020	198	122	175	9	472	9921,86										
			ore sett. 5-11.10.2020																	
			89	11/09/2020	191	117	162	7	446	8923,85										
			ore sett. 7-13.9.2020																	
			89	10/08/2020	188	118	152	7	437	8393										
			ore sett. 3-9.8.2020																	
			89	10/07/2020	190	121	147	12	438	9.208										
			ore sett. 6-12.7.2020																	
			86	05/06/2020	185	122	148	16	439	9.675										
			ore sett. 25-31.5.2020																	
			82	21/05/2020	165	116	142	12	431	9.033										
ore sett. 11-17.5.2020																				
37	05/05/2020	158	103	112	9	382	7.973													
ore sett. 20-26.4.2020																				

Dato in caso perché le ASL hanno ridotto il numero degli infermieri a supporto dell'attività USCA nelle RSA non meno che questa ultima si organizzavano autonomamente con proprio personale

Tab B Attività 2020

TABELLA B Attività USCA

Aprile 2020					Maggio 2020					Giugno 2020				
N. visite effettuate (1) su pz COVID (diagnosi effettuata)			N. visite effettuate (1) su pz che segnalano sintomi da COVID		N. visite effettuate (1) su pz COVID (diagnosi effettuata)			N. visite effettuate (1) su pz che segnalano sintomi da COVID		N. visite effettuate (1) su pz COVID (diagnosi effettuata)			N. visite effettuate (1) su pz che segnalano sintomi da COVID	
a domicilio		in RSA	a domicilio	in RSA	a domicilio		in RSA	a domicilio	in RSA	a domicilio		in RSA	a domicilio	in RSA
post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza			post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza			post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza		
863	1.286	1.113	3.077	1.037	714	791	1.146	1.446	335	83	234	338	574	131
pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici		pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici		pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici	
Aprile 2020	7.376	n. utenti seguiti/in carico			Maggio 2020	4.432	n. utenti seguiti/in carico			Giugno 2020	1.360	n. utenti seguiti/in carico		

Luglio 2020					Agosto 2020					Settembre 2020				
N. visite effettuate (1) su pz COVID (diagnosi effettuata)			N. visite effettuate (1) su pz che segnalano sintomi da COVID		N. visite effettuate (1) su pz COVID (diagnosi effettuata)			N. visite effettuate (1) su pz che segnalano sintomi da COVID		N. visite effettuate (1) su pz COVID (diagnosi effettuata)			N. visite effettuate (1) su pz che segnalano sintomi da COVID	
a domicilio		in RSA	a domicilio	in RSA	a domicilio		in RSA	a domicilio	in RSA	a domicilio		in RSA	a domicilio	in RSA
post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza			post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza			post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza		
8	154	125	504	95	16	224	22	662	89	15	446	43	864	14
pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici		pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici		pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici	
Luglio 2020 (2)	886	n. utenti seguiti/in carico			Agosto 2020	1.013	n. utenti seguiti/in carico			Settembre 2020	1.382	n. utenti seguiti/in carico		

Ottobre 2020					Novembre 2020					Dicembre 2020				
N. visite effettuate (1) su pz COVID (diagnosi effettuata)			N. visite effettuate (1) su pz che segnalano sintomi da COVID		N. visite effettuate (1) su pz COVID (diagnosi effettuata)			N. visite effettuate (1) su pz che segnalano sintomi da COVID		N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)			N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)	
a domicilio/dimora		in RSA	a domicilio/dimora	in RSA	a domicilio/dimora		in RSA	a domicilio/dimora	in RSA	a domicilio/dimora		in RSA	a domicilio/dimora	in RSA
post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza			post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza			post ricovero ospedaliero	in isolamento/sorveglianza	in isolamento/sorveglianza		
352	2.305	610	2.381	125	296	5.786	2.428	4.373	643	225	3.328	1.872	2.267	708
pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici		pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici		pz. Covid con tampone effettuato			pz. Sintomatici	
Ottobre 2020	5.773	n. utenti seguiti/in carico			Novembre 2020	13.526	n. utenti seguiti/in carico			Dicembre 2020	8.400	n. utenti seguiti/in carico		

Note

(1) Per visite effettuate si intende il numero dei casi/pazienti presi in carico e seguiti inciascun mese

(2) A partire da luglio l'attività USCA è stata anche rivolta a supportare il SISP: conctat tracing, monitoraggio telefonico pazienti sintomatici/positivi, controllo e supporto a pazienti con sierologici positivi, proposte di tamponi, monitoraggio isolamenti fiduciari.

Tabella A

Personale operante nelle Case della Salute anno 2020

	Cure primarie		Personale infermieristico				Assistenza specialistica			
	mmg	pdls	N. Infermieri ASL	di cui N. dipendenti SSR (t.i/t.d.)	di cui N. operatori con rapporto di lavoro non strutturato SSR	N. Infermieri gruppo MMG/PDLS	N. medici specialisti	di cui N. medici dipendenti SSR (t.i/t.d.)	di cui N. medici convenzionati SSR (specialisti ambulatoriali)	di cui N. medici rapporto libero professionale o comunque non strutturato
N. unità	400	38	545	539	8	25	707	259	425	3
%	17	2	24			1	31			

Personale sanitario non medico								Personale area professionale e tecnica (dirigente e non)					Personale amministrativo	
N. dirigenti	Figure professionali	di cui N. dipendenti SSR (t.i/t.d.)	di cui N. operatori a rapporto libero professionale o comunque non strutturato	N. operatori non dirigenti	Figure professionali	di cui N. dipendenti SSR (t.i/t.d.)	di cui N. operatori con rapporto di lavoro non strutturato	N. operatori	Figure professionali	di cui N. dipendenti SSR (t.i/t.d.)	di cui N. operatori con rapporto di lavoro l.p./non strutturato	di cui N. operatori EE.LL.	N. amministrativi SSR	N. amministrativi gruppo MMG/PDLS
67	In prevalenza psicologi seguiti da farmacisti e biologi	53	13	158	Ostetriche, fisioterapisti, dietista, logopedista, tecnici di radiologia, audioprotesi	149	7	116	In prevalenza oss, ass. sociali, educatori prof.li, seguiti da tecnici, ausiliari, autisti e fattorini	53	30	22	227	34
3				7				5					10	1

Totale Regione			2.317 unità
-----------------------	--	--	--------------------