

Deliberazione della Giunta Regionale 2 febbraio 2024, n. 6-8134

Preso d'atto e recepimento sul territorio della Regione Piemonte degli Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 208/CSR e n. 281/CSR del 21/12/2022, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2022. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2022 assegnate con DGR n. 37-6640 del 21/03/2023 e s.m.i.



Seduta N° 428

Adunanza 02 FEBBRAIO 2024

Il giorno 02 del mese di febbraio duemilaventiquattro alle ore 15:15 in via straordinaria, in modalità telematica, ai sensi della D.G.R. n. 1-4817 del 31 marzo 2022 si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Alberto Cirio Presidente, Fabio Carosso Vice Presidente e degli Assessori Chiara Caucino, Marco Gabusi, Luigi Genesio Icardi, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Vittoria Poggio, Andrea Tronzano con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: gli Assessori

Elena CHIORINO - Marco PROTOPAPA - Fabrizio RICCA

DGR 6-8134/2024/XI

OGGETTO:

Preso d'atto e recepimento sul territorio della Regione Piemonte degli Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 208/CSR e n. 281/CSR del 21/12/2022, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2022. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2022 assegnate con DGR n. 37-6640 del 21/03/2023 e s.m.i. e preso d'atto della rendicontazione illustrativa degli obiettivi di PSN anno 2021.

A relazione di: Icardi

Premesso che:

l'articolo 1, comma 34, della legge 23/12/1996, n. 662 prevede, tra l'altro, 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;

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, 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;

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) 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 extra-sanitarie. 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"; l'articolo 17 del medesimo 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 di sei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori";

è stata espressa 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 CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2021;

è stata espressa l'intesa l'Intesa Rep. Atti n. 280/CSR, del 21/12/2022, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23/12/1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2022;l'Accordo Rep. Atti n. 281/CSR, del 21/12/2022, 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 2022.

Preso atto che i citati accordi per le annualità 2021-2022 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di Piano Sanitario Nazionale:

	Linea Progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare specialistica	Linea Progettuale: Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	Altre Linee Progettuali di PSN	TOTALE
Importi in euro	A	B	C	D= A+B+C
Esercizio	8.116.839	19.480.404	33.143.815	60.741.058

2021				
Esercizio 2022	8.102.774	19.446.657	38.851.525	66.400.956

Dato atto :

della 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”;

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;

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;

della 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;

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;

che con D.G.R. n. 31 – 6377 del 28/12/2023 è stato approvato il nuovo Regolamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS), del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) e dei Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PSDTA), nell’ambito della Rete Oncologica Piemonte e della Valle d’Aosta e della Rete interregionale di Oncologia ed Oncoematologia pediatrica.

che con D.G.R. n. 21-4784 del 18/03/2022 sono state approvate le schede di progetto regionali del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2021 le cui risorse sono state assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 37 -2471 del 04/12/2020 e D.G.R. n. 2 - 4147 del 24/11/2021;

che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2022 sono state assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 37-6640 del 21/03/2023.

Precisato che:

nel definire i Progetti Obiettivo di PSN 2021 e 2022 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.

le attività rendicontate per l’anno 2021 sono coerenti con gli atti regionali di indirizzo e programmazione come sopra richiamati;

per l’anno 2021 la spesa del SSR concernente il supporto ai tre network (ONS AIRTUM NIEBP), pari complessivamente a euro 97.530 (quota parte della linea nazionale degli obiettivi da PSN vincolati pari a euro 19.505.935), è stata accantonata nel bilancio d’esercizio 2021 regionale della GSA.

Dato atto che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2021 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2022 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2022	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti multicronicità'- anche in relazione all'emergenza COVID-19	38.581.525	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000	A14013D - 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	8.102.774	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.446.657	A1409D - Prevenzione e Veterinaria
TOTALE COMPLESSIVO	66.400.956	

Ritenuto di approvare, a seguito della ricognizione dei progetti effettuata dal Settore regionale competente, la specifica relazione, ai sensi dei sopracitati accordi, che illustra per l'anno 2021 i risultati raggiunti per singolo progetto e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, in coerenza ai provvedimenti regionali di riferimento approvati con la D.G.R. n. 21 – 4784 del 18/03/2022 di approvazione delle schede di progetto e con la D.G.R. n. 34-2471 del 04/12/2020 di assegnazione delle relative risorse, allegato 4) del presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale.

Vista la Legge Regionale 18 gennaio 1995, n. 8 e successive modificazioni ed integrazioni;
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;
visto il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e smi..

Dato atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per il bilancio regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto ai sensi della D.G.R. 1-40 46 DL 14.10.2016, come modificata dalla D.G.R.n. 1-3361 del 14.6.2021.

Tutto ciò premesso e considerato.

Udita la proposta del relatore, la Giunta Regionale, unanime,
delibera

1. di prendere atto e recepire sul territorio della Regione Piemonte l'Intesa Rep. Atti n. 280/CSR, del 21/12/2022, ai sensi dell'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2022, allegato 1) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
2. di prendere atto e recepire sul territorio della Regione Piemonte l'Accordo Rep. Atti n. 281/CSR, del 21/12/2022, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute di linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2022, allegato 2) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;
3. di approvare il Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2022 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 2022 in attuazione della D.G.R. n. 37-6640 del 21/03/2023 e D.G.R. n. 2-6676 del 29/03/2023 di riparto del fondo sanitario nazionale;
4. di dare atto che gli Enti del Servizio Sanitario Regionale, destinatari della quota di fondo vincolato come declinato nell'Allegato 3) del presente provvedimento, in attuazione alle indicazioni regionali, hanno contabilizzato le risorse, sostenute o accantonate la spesa relativa alle linee progettuali di Piano Sanitario Nazionale 2022 nel bilancio d'esercizio 2022;
5. di approvare la relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno 2021 e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, in coerenza con le schede progettuali approvate con D.G.R. n. 21 – 4784 del 18/03/2022 e con la D.G.R. n. 34-2471 del 04/12/2020 di assegnazione delle relative risorse, allegato 4) del presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
6. 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.

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DGR-8134-2024-All_1-All_1_Atto_Rep_280_del_21_12_22.pdf
2. DGR-8134-2024-All_2-All_2_Atto_Rep_281_del_21_12_22.pdf
3. DGR-8134-2024-All_3-All_3_Previsione_2022_tutte_le_linee.pdf
4. DGR-8134-2024-All_4-All_4_Rendiconto_2021.pdf



Allegato

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento



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 agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2022.

Rep. Atti n. 280/CSR del 21 dicembre 2022.

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

Nell'odierna seduta del 21 dicembre 2022:

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale prevede che il CIPESS, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici 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 34-bis;

VISTO l'articolo 1, comma 34-bis, 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 dall'articolo 3-bis, comma 1, 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 di specifici 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;

VISTA la nota pervenuta il 21 dicembre 2022, diramata in pari data (prot. DAR n. 21430), 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 2022, Allegato sub A al presente atto, di cui 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 di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole sulla proposta del Ministero della salute;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPRESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2022, come da Allegato sub A) al presente atto, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Segretario
Cons. Paola D'Avena

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA UFF.4 DGPROGS

Proposta di deliberazione per il CIPRESS

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2022: 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. 662/1996, 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 (CIPRESS) 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 2022, 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 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 da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 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 2022 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.500,00 mln di euro**, al netto di 7 mln di euro trasferiti nel bilancio del Ministero della salute, ai sensi e per gli effetti dell'articolo

19 della legge 5 agosto 2022, n. 118.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **819,484 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Della residua somma di 680,516 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'articolo 1, comma 401-bis, della legge 11 dicembre 2016 n. 232;
- **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 **343,050 mln di euro** per la realizzazione delle seguenti finalità:

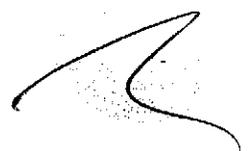
- a) **10 mln di euro**, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e s.m., per le attività di ricerca, formazione, prevenzione e cura delle malattie delle migrazioni e della povertà, coordinate dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP);
- b) **10 mln di euro** per il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità (ISS) 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, 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 mln di euro**, ai sensi dell'articolo 1, comma 406-bis e 406-ter, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, per la sperimentazione della remunerazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, per il biennio 2021-2022;
- d) **5 mln di euro** da destinarsi all'Istituto superiore di sanità (ISS) 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 8 marzo 2017 n. 24 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano su proposta del Ministero della salute;
- e) **1,500 mln di euro** in favore del Centro Nazionale Sangue, ai sensi dell'articolo 1, comma 439, della legge 27 dicembre 2017, n. 205;
- f) **32,500 mln di euro** 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, come modificato dal combinato disposto dell'articolo 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 8-bis e 8-ter, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2022, n. 15, da ripartire con apposito decreto del Ministro della salute,
- g) **8 mln di euro** 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 21 dicembre 1999, n. 517, secondo le condizioni dettate dall'articolo 25, commi 4-novies e 4-decies, del decreto-legge n. 162/2019 convertito, con modificazioni,

- dalla legge 28 febbraio 2020, n. 8, come da ultimo modificato con l'articolo 4, comma 8-*octies*, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228;
- h) **4 mln di euro** 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;
 - i) **150 mln di euro** 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;
 - j) **23 mln di euro** 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 modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106;
 - k) **60 mln di euro** 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 del decreto-legge 10 novembre 2020, n. 150, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 dicembre 2020, n. 181;
 - l) **2,600 mln di euro** allo scopo di prorogare il pieno funzionamento della residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) provvisoria di Genova-Pra' e, contestualmente, consentire l'avvio della REMS di Calice al Cornoviglio (La Spezia) ai sensi dell'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 1 marzo 2022, n. 17, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 aprile 2022, n. 34;
 - m) **0,350 mln di euro** destinati al Centro Nazionale Trapianti per finanziare un progetto finalizzato al monitoraggio dell'esito della vaccinazione anti-SARS CoV-2 nei pazienti trapiantati, sia in termini di risposta anticorpale, sia di valutazione dell'immunità cellulo-mediata, attraverso l'effettuazione di un test sierologico al tempo 0, ad ancora al 14°, al 90°, al 180° ed al 360° giorno successivo alla somministrazione della dose vaccinale, per un totale di 5 test rivolti ad una platea di circa 37.000 pazienti;
 - n) **3,800 mln di euro** destinati alla Regione Veneto per il finanziamento delle attività che rientrano nella programmazione del triennio 2023-2025 del Programma Mattone Internazionale Salute (ProMIS) e già avviate nell'anno 2022;
 - o) **7 mln di euro** destinati al Ministero della salute in attuazione di quanto disposto dall'articolo 19, commi 9, 10 e 11, della legge 5 agosto 2022, n. 118, per sviluppare specifici programmi finalizzati al raggiungimento dell'autosufficienza nella produzione di medicinali emoderivati prodotti da plasma nazionale ed al fine di promuovere la donazione volontaria e gratuita di sangue e di emocomponenti.

Si allega alla presente proposta la tabella che espone il riparto, per ciascuna regione, dell'importo di **819,484** 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 sono 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 riduzioni previste dalla legislazione vigente.

Il Ministro della Salute



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2022

- 1.500.000,000 Importo iniziale
- 25.300,000 per le sperimentazioni e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie (L. 205/2017, art. 1, c. 496 bis e 406 ter)
- 1.500,000 in favore del Centro Nazionale Sindrome (L. 205/2017, art. 1, c. 439)
- 10.000,000 malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povera (INMP) (D.L. 98/2011 art. 17, c. 9)
- 10.000,000 supporto tecnico-scientifico dell'Istituto superiore di sanità
- 5.000,000 progetto interregionale nell'ambito del sistema nazionale linee guida
- 1.465.736 finanziamento prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP
- 336.000,000 fondo farmaci innovativi (art. 1, c. 401-Bis, L. 232/2016)
- 92.300,000 finanziamento di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, della legge 4 dicembre 2017, n. 172
- 8.000,000 D.L. 162/2019
- 4.000,000 riduzione percentuale di sconto farmacie (art. 1 co 551 e 552, L. 145/2018)
- 150.000,000 remunerazione a farmacie per attività di contratto a patologie infettive (D.L. 4/2021, art. 20, cc. 4-5-6) (escedono tutte le regioni)
- 23.000,000 Contributo per i laboratori (Art. 29, comma 2, Decreto Sostegni-bis)
- 60.000,000 Contributo di solidarietà alla Regione Calabria (art. 6, D.L. 150/2020)
- 2.600,000 Proroga funzionamento REMS provvisoria Genova Prh e arrivo REMS di Calite al Corneviglio (SP) - D.L. n. 17/2022 art. 32
- 350.000 Centro Nazionale Trapianti
- 3.800,000 PromIS - Matrone internazionale - Finanziamento per il triennio 2023-2025 in favore della Regione Veneto
- 7.000,000 Progetto per produzione medicinali emoderivati in favore del Ministero della salute (art. 19 della legge 118/2022)

819.484.264 Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2021	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Totale risorse da assegnare (esclusa compartecipazione RSS)	Quota 70% su disponibilità	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.274.945	4.274.945	63.414.712	-	2.986.244	66.400.956	46.480.669	19.920.287
VAL D'AOSTA	124.089	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.981.554	9.981.554	148.066.788	-	6.972.570	155.089.358	108.527.551	46.511.807
BOLZANO	534.912	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	542.166	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.869.830	4.869.830	72.239.261	-	3.401.798	75.641.059	52.948.741	22.692.318
FRIULI	1.201.510	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.518.495	1.518.495	22.525.418	-	1.060.738	23.586.156	16.510.309	7.075.847
EMILIA R.	4.438.937	4.438.937	65.847.377	-	3.100.800	68.948.176	48.263.723	20.684.453
TOSCANA	3.692.865	3.692.865	54.780.113	-	2.579.634	57.359.748	40.151.824	17.207.924
UMBRIA	865.452	865.452	12.838.151	-	604.558	13.442.709	9.409.897	4.032.813
MARCHE	1.498.236	1.498.236	22.224.895	-	1.046.586	23.271.481	16.290.037	6.981.444
LAZIO	5.730.399	5.730.399	85.004.978	-	4.002.945	89.007.922	62.305.546	26.702.377
ABRUZZO	1.281.012	1.281.012	19.002.585	-	894.845	19.897.431	13.928.201	5.969.229
MOLISE	294.294	294.294	4.365.569	-	205.578	4.571.147	3.199.804	1.371.344
CAMPANIA	5.624.260	5.624.260	83.430.507	-	3.928.802	87.359.309	61.151.516	26.207.793
PUGLIA	3.933.777	3.933.777	58.353.812	-	2.747.922	61.101.734	42.771.214	18.330.520
BASILICATA	545.130	545.130	8.086.481	-	380.798	8.467.279	5.927.096	2.540.184
CALABRIA	1.860.601	1.860.601	27.600.233	-	1.299.714	28.899.947	20.229.963	8.669.984
SICILIA (*)	4.833.705	4.833.705	71.703.382	35.213.531	-	36.489.851	25.542.896	10.946.954
SARDEGNA	1.590.044	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	59.236.213	55.243.492	819.484.264	-	35.213.531	819.484.264	573.638.988	245.845.276

(*) 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.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero 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 indicati dal Piano Sanitario nazionale per l'anno 2022.

Repertorio Atti n. 281/CSR del 21 dicembre 2022.

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

Nell'odierna seduta del 21 dicembre 2022:

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

VISTO il comma 34-bis del citato articolo 1, della legge n. 662 del 1996, secondo cui le Regioni, per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale, elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro della salute ed approvate con accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni;

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

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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

VISTA l'intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2021 per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 1996, sancita da questa Conferenza il 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 153/CSR);

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sulla proposta del Ministero della salute, sancito da questa Conferenza nella seduta del 4 agosto 2021 (Rep. Atti n. 150/CSR), con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2021 ed è stato definito l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge n. 662 del 1996, e successive modificazioni;

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

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

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

VISTO il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID -19";



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

VISTA l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta del Ministero della salute, concernente il "Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2020 - 2025" (Rep. Atti n. 27/CSR del 6 agosto 2020);

VISTA l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il posticipo delle fasi di pianificazione e adozione dei Piani regionali della prevenzione di cui al Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 - 2025 (Rep. Atti n. 51/CSR del 5 maggio 2021);

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, che reca "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

VISTO l'accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR);

VISTO l'accordo ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore", del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR);

VISTO l'accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38", del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR);

VISTO il decreto del Ministero della salute del 23 maggio 2022, n. 77, che reca "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale";

VISTA la nota del Ministero della salute del 21 dicembre 2022, acquisita al protocollo DAR con il n. 21422 e diramata in pari data con nota prot. n. 21430 DAR dall'Ufficio di segreteria di questa Conferenza delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente la proposta di accordo sulle 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 2022;

VISTA l'intesa sancita in questa Conferenza in data 21 dicembre 2022, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e dell'articolo 38, comma 1-novies, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPESS, relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2022 (Rep. Atti n. 280 /CSR);

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



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE:

- il Piano sanitario nazionale (PSN) 2006-2008, approvato con il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto Rep. 2271/2005), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali ed a superare le diversità e le disomogeneità territoriali, impegna Stato e Regioni nell'individuazione di strategie condivise, volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi, al fine di garantire uniformità dell'assistenza. Tali strategie possono essere sviluppate, tramite la definizione di linee di indirizzo definite e concordate, in programmi attuativi specifici per la tutela dello stato di salute dei cittadini, attraverso interventi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione;
- il Patto per la salute 2019-2021, nella scheda 8 "Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale", ha sottolineato esplicitamente la necessità di promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali;
- i provvedimenti adottati in merito alla pandemia COVID-19 hanno richiesto una tempestiva ed importante risposta del Servizio sanitario nazionale e l'adozione anche di misure straordinarie che hanno interessato tutto il territorio nazionale;

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell'anno 2022 dovranno essere trasversali a più ambiti di assistenza che risultino prioritari per la sanità del nostro Paese e conformi ai programmi e agli indirizzi condivisi con l'Unione europea e con i principali organismi di sanità internazionale. Le linee progettuali indicano, in particolare, la necessità di investire nel campo della cronicità e della non autosufficienza, delle tecnologie in sanità e della discriminazione in ambito sanitario, oltre che per le tematiche vincolate relative al Piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

2. per l'anno 2022 sono 5 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati A e B del presente accordo, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale, e di seguito elencate:
 - linea progettuale “Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con multiconditività - anche in relazione all'emergenza Covid 19”;
 - linea progettuale “Promozione dell'equità in ambito sanitario”;
 - linea progettuale “Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica” - con vincolo di risorse pari a 100 milioni di euro;
 - linea progettuale “Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione” - con vincolo di risorse pari a 240 milioni di euro, di cui il 5 per mille dedicato al supporto PNP-Network;
 - linea progettuale “La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio” - anche in relazione all'emergenza Covid 19.
3. a seguito della stipula dell'Intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2022, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 21 dicembre 2022 (Rep. Atti n. 280/2022), in applicazione dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, 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, e dall'articolo 3-*bis*, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n. 64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'economia e delle finanze, a titolo di acconto, il 70 per cento delle risorse complessive di assegnazione per l'anno 2022;
4. entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, le Regioni sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A del presente Accordo e rispettando i contenuti presenti nello stesso allegato. In particolare, le Regioni sono tenute a:
 - a. presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano nazionale della prevenzione e relativi network; linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore,
 - b. presentare un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando tutte le restanti risorse assegnate per gli obiettivi di Piano.

Non devono essere presentati più progetti per la stessa linea progettuale. Qualora si intenda presentare un progetto che prosegua quanto previsto nell'anno precedente, occorre che siano indicate le azioni e gli obiettivi specifici da conseguire nell'anno di riferimento;



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

5. il progetto della linea progettuale “Piano nazionale della prevenzione e relativi network (NIEBP, AIRTUM, ONS)” dovrà essere articolato in due sezioni, relative, rispettivamente, all’obiettivo prioritario PNP e all’obiettivo prioritario supporto al PNP;
 - 1) Obiettivo prioritario PNP – questa sezione contiene il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione dei 10 programmi predefiniti (PP) del proprio Piano regionale della prevenzione 2020 – 2025 per l’anno di riferimento 2022, con i relativi indicatori, in coerenza con la rendicontazione dei PRP nella piattaforma web “Piani regionali di prevenzione”, strumento di accompagnamento esclusivo, sostanziale e formale, per i PRP.
 - 2) Obiettivo prioritario supporto al PNP - questa sezione contiene il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione quinquennale definita nell’ambito dell’Accordo di collaborazione tra Regione e ciascuno dei tre Network (NIEBP, AIRTUM, ONS) per il periodo di vigenza del PRP 2020 – 2025 e del relativo progetto ad esso allegato, inclusivo di piano finanziario, di cui all’accordo 4 agosto 2021.
6. i progetti delle restanti linee progettuali, escluso quindi il progetto di cui al punto 5, dovranno essere elaborati seguendo la scheda progetto di cui all’allegato C del presente accordo, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
7. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l’anno 2022, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell’anno precedente 2021, utilizzando la scheda di cui all’allegato D, parte integrante del presente accordo;
8. all’erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell’approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza, su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 9 dell’intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;
9. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4, ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all’erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell’anno successivo, dell’anticipazione del 70 per cento già erogata.

Il Segretario
Cons. Paola D’Avena

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli

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

Anno 2022

1. Linea progettuale:

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

Premessa

L'insorgenza di una malattia cronica comporta la certezza di non poter guarire definitivamente e la possibilità di sviluppare contemporaneamente altre patologie croniche. L'evidenza scientifica ha dimostrato che tali malattie si riscontrano tra i 30 e i 70 anni di età, che le conseguenze sulla qualità della vita dei malati e dei loro famigliari sono molto gravi e che rappresentano un consistente costo sociosanitario. Tuttavia queste malattie posso essere previste, in tutte le fasce di età, e, fondamentalmente, se ne può contenere la progressione agendo sui alcuni fattori di rischio: stili di vita, caratteristiche ambientali e contesto economico-sociale- culturale (Global Burden of Disease). Nell'indagine multiscopo Istat dell'anno 1993 "Aspetti della vita quotidiana" erano state rilevate 15 patologie croniche: diabete, ipertensione arteriosa, infarto del miocardio, angina pectoris o altre malattie del cuore, bronchite cronica/enfisema/insufficienza respiratoria, asma bronchiale, malattie allergiche, tumore (incluso linfoma o leucemia), ulcera gastrica o duodenale, calcolosi del fegato e delle vie biliari, cirrosi epatica, calcolosi renale, artrosi/artrite, osteoporosi e disturbi nervosi. Nell'anno 2021 sono state inserite, nell'ambito dei disturbi nervosi, anche ictus, parkinsonismo e alzheimer/demenza senile che concorrono alla produzione dell'indicatore di multicronicità e/o limitazioni gravi.

Le principali patologie croniche riscontrate negli anziani nell'anno 2021 sono state l'ipertensione e i problemi osteoarticolari (artrosi/artrite) che, da soli o in concomitanza con altre patologie croniche, hanno interessato un anziano su due, l'osteoporosi (30,5%), il diabete (20,8%) e alcune patologie a carico del sistema nervoso (15,9%). All'interno di quest'ultima categoria, l'alzheimer e la demenza senile sono presenti in un anziano su 10 (8,3%), mentre il parkinsonismo ha una percentuale più bassa pari al 2,9% (Istat: bes 2021 "Il benessere equo e sostenibile in Italia").

Al fine di prevenire e gestire la cronicità, lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, con l'Accordo del 15 settembre 2016, "Piano Nazionale della Cronicità", hanno individuato un "disegno strategico" volto alla prevenzione delle malattie croniche, e della multicronicità, e al miglioramento del percorso assistenziale della persona, al fine di ridurre l'impegno sanitario, sociale ed economico della malattia.

L'emergenza sanitaria da Sars Covid 19 ha reso più complesso l'approccio sanitario alle malattie croniche e multicroniche. Infatti il settimo rapporto prodotto congiuntamente dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) e dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), del 2 marzo 2022, ha rilevato che le concause più frequentemente di mortalità per Covid 19 segnalate sono le cardiopatie ipertensive,

7



riportate nel 22% dei decessi, il diabete mellito nel 17%, le cardiopatie ischemiche (12%) i tumori (10%) e le malattie croniche delle basse vie respiratorie (10%). La fibrillazione atriale, le malattie cerebrovascolari, le demenze e la malattia di Alzheimer, l'obesità e l'insufficienza renale sono state associate al 10% di concausa di decesso da Covid 19. Tutte le citate concause si sono manifestate con frequenza più elevata nelle classi di età pi anziane, quindi nei più fragili.

In riferimento alle malattie rare, sono stati ritenuti a rischio di infezione da SARS-CoV-2 i pazienti (bambini e adulti) con deficit immunitari, disabilità neuromotoria, patologie polmonari croniche, cardiopatie, malattie ematologiche e con patologie metaboliche ereditarie a rischio di scompenso acuto o portatori di dispositivi medici. Pertanto per molti di loro è necessaria un'assistenza continua in quanto particolarmente vulnerabili al rischio di contagio.

Tanto detto, le strategie di contrasto e di superamento dell'infezione da COVID 19, anche per l'anno 2022, saranno rivolte alla gestione della multicronicità e delle patologie rare.

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

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

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

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

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

2. Linea progettuale:

PROMOZIONE DELL'EQUITA' IN AMBITO SANITARIO

Premessa

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

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

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

La monografia "Le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali nella salute in Italia: cenni metodologici ed evidenze recenti anche alla luce dell'epidemia Covid-19", quarto numero della collana Quaderni di Epidemiologia dell'INMP, ha rappresentato come la pandemia di Covid-19 abbia contribuito ad accentuare le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali nella salute nel nostro Paese. In particolare, nel contributo dell'ISTAT, viene evidenziato che nelle aree più colpite dalla pandemia (Nord-Ovest) durante le fasi più intense di diffusione del virus, tra marzo ed aprile e tra ottobre e dicembre 2020 si è verificato un aumento delle disuguaglianze di salute. Infatti, nel periodo in esame, il divario tra i tassi di mortalità tra la popolazione con livello di istruzione alto (più elevati) e basso (meno elevati) è risultato aumentato sensibilmente, specialmente tra le donne.

Nel rapporto annuale sulle statistiche sanitarie globali dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), pubblicato il 22 giugno 2022, viene analizzato l'impatto della pandemia sui sistemi sanitari, le cause dei decessi e i fattori di rischio per la salute, sulla base dei dati disponibili ad aprile 2022. In particolare nei Paesi a reddito alto e medio-alto predominano le segnalazioni di contagi da Covid-19 o e tra le persone economicamente svantaggiate, con più di 60 anni, vulnerabili e con patologie



preesistenti prevalgono i decessi. Al 25 aprile 2022 ha completato il primo ciclo di vaccinazione solo il 12% dei cittadini dei Paesi a basso reddito, contro il 51% e il 74% rilevati nei gruppi socioeconomici più agiati (rispettivamente nei Paesi a reddito medio-alto e in quelli ad alto reddito). Inoltre, le interruzioni nei servizi sanitari sono state più marcate nei Paesi meno sviluppati.

Tanto detto, per l'anno 2022, si ripropone la linea progettuale che promuove l'equità in ambito sanitario.

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

Per questa linea progettuale non sono previste delle risorse vincolate.

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

3. Linea progettuale:

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

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

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



Premessa

La rete della terapia del dolore, prevista dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, è una rete clinica integrata che ha l’obiettivo di migliorare la qualità della vita di tutti i malati, adulti o in età pediatrica, affetti da dolore, di qualsiasi eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto familiare, sociale e lavorativo attivo. L’emanazione della Legge 38/2010 è stata, pertanto, innovativa per il nostro Paese, in quanto essa nel riconoscere il fondamentale diritto alla dignità della persona di non avere vincoli ostativi alla partecipazione attiva allo stato sociale ed economico, così come statuito agli articoli 3 e 4 della Costituzione, ha sancito che ogni cittadino, sia se si trova in ospedale sia se si trova in altro ambiente, ha pieno diritto a non provare “dolore” e a poter ricevere un accesso semplificato ai farmaci per la terapia del dolore, ovvero tale normativa ha riconosciuto in pieno l’unicità etica dell’essere umano. Conseguentemente, nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza, l’identificazione di una rete della terapia del dolore ha comportato una evoluzione dei sistemi di programmazione, organizzazione ed approccio al malato, ovvero la consapevolezza dell’esigenza di realizzare una governance integrata di sistema a livello nazionale.

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

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

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

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

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

Pertanto, i nodi della rete sono:



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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

Premessa

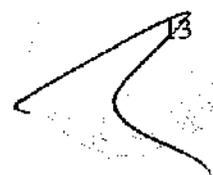
La gestione delle cure palliative e della terapia del dolore rivolte al neonato, bambino ed adolescente esige particolare attenzione in relazione alla variabilità e alla frammentazione delle patologie in causa, spesso rare e richiedenti interventi di alta specializzazione, nonché per la durata temporale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

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

Aree prioritarie di intervento

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

- Assicurare il controllo del dolore e le cure palliative pediatriche quale diritto alla salute per qualunque patologia, per tutte le fasce dell'età pediatrica ed in ogni luogo di cura, mediante la realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici, riabilitativi e di supporto.
- Disporre di almeno un centro specialistico di riferimento regionale o sovraregionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. Tale centro rappresenta il riferimento clinico, di formazione e ricerca per il funzionamento e il sostegno della rete regionale e si avvale del sistema informativo regionale.
- Avere la possibilità di fornire risposte residenziali (es. hospice pediatrico), alternative all'ospedale per acuti, dove, in caso di necessità diagnostica/terapeutica, il minore e la famiglia possano essere accolti per garantire la continuità di cura.



- Possedere strutture/servizi/competenze di terapia del dolore e cure palliative rivolte al paziente pediatrico. I due livelli di intervento, strettamente integrati tra loro, sono:
 - Gestione specialistica, eseguita dalle equipe/centro multispecialistico di riferimento.
 - Gestione generale, eseguita dal personale medico e infermieristico dei reparti di pediatria/strutture ospedaliere e dai pediatri di libera scelta/MMG, adeguatamente preparati e supportati dal personale del centro di riferimento.
 I due livelli condividono, in particolare, le procedure clinico-diagnostiche e gli strumenti della telemedicina (teleconsulto, ecc.).
- Identificare il raccordo con i servizi socio-educativi al fine di permettere al minore un recupero/mantenimento delle relazioni sociali e scolastiche fondamentali per la qualità della vita e per la crescita.
- Garantire la risposta ai bisogni educativi e sociali essenziali del minore al fine di salvaguardare la qualità della sua vita e la possibilità di crescita, nonché dei bisogni spirituali.
- Organizzare una rete che integri i diversi ambiti assistenziali (domiciliare, ambulatoriale, ecc.) al fine di garantire la continuità delle cure mediante: la reperibilità continuativa di un operatore sanitario, l'unicità di riferimento in caso di passaggio del regime assistenziale, la condivisione continua del piano di assistenza e operatori sanitari con alto livello di competenza e conoscenza del caso indipendentemente dalla sede di gestione.
- Disporre, nell'equipe dedicate al paziente pediatrico, di figure multiprofessionali con competenze diverse in grado di rispondere ai molteplici bisogni che il dolore e la malattia possono determinare.
- Programmare piani di formazione di base continua sul dolore e sulle cure palliative pediatriche per tutti i professionisti dei presidi ospedalieri e del territorio, nonché di formazione specialistica sul caso, rivolta ai professionisti coinvolti nella presa in carico della qualità della vita del minore e della sua famiglia.
- Utilizzare strumenti utili al monitoraggio della qualità della vita del paziente e della sua famiglia.
- Garantire l'informazione continua alla famiglia sulla diagnosi, trattamenti, alternative terapeutiche e prognosi.
- Supportare la famiglia sia a livello clinico e organizzativo che psicologico e spirituale. Inoltre deve essere garantito il supporto al lutto non solo ai genitori, ma anche agli eventuali fratelli, agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto.
- Predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella rete.
- Stabilire procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si potrebbero verificare, anche per eventuali segnalazioni al comitato etico aziendale di riferimento.
- Svituppare programmi di informazione specifici e mirati sulla rete.
- Valutare, con regolarità, la qualità percepita dal minore (se possibile) e dei familiari sulle cure prestate.

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

Si evidenzia come la pandemia da COVID-19 ha impattando duramente anche sulla gestione dei reparti di Cure palliative, sugli hospice e sulle cure palliative domiciliari. Anche le attività svolte

nell'ambito della terapia del dolore hanno dimostrato, in questo particolare contesto storico che si sta vivendo, quanto sia importante accompagnare i malati in questi stati gravosi di sofferenza arrivati all'improvviso.

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

4. Linea progettuale:

PIANO NAZIONALE PREVENZIONE E SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE PREVENZIONE

L'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, concernente il Patto per la salute 2014-2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni ed integrazioni. L'articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei Network regionali: Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori (ONS, NIEBP, AIRTUM).

Gli obiettivi generali della linea progettuale PNP e Supporto al PNP consistono nel supportare l'attuazione del PNP 2020-2025 anche mediante il sostegno al funzionamento di ONS, NIEBP e AIRTUM, dando attuazione all'Accordo di collaborazione, stipulato dalla Regione con ciascuno dei tre network e riferito all'intero periodo di vigenza del proprio Piano regionale di prevenzione (PRP) 2020-2025, attraverso la progressiva realizzazione delle azioni del correlato progetto funzionali al raggiungimento degli obiettivi strategici del PNP cui il progetto stesso intende contribuire attraverso un programma del PRP.

Il rafforzamento operativo dei network va quindi inteso come fattore determinante del supporto al PNP, per le tematiche di rispettiva competenza.

Complessivamente, per la realizzazione di questa linea progettuale è presente un vincolo di 240 milioni di euro, il 5 per mille è destinato ai tre Network, da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente Accordo.

Obiettivo prioritario: "Piano nazionale della prevenzione (PNP)"

Per tale obiettivo prioritario, non si dettaglia il contenuto dei progetti in quanto si fa riferimento agli obiettivi fissati dal PNP 2020-2025 e declinati nei relativi PRP, come indicato dall'Intesa Stato-Regioni 6 agosto 2020 e s.m.i..

A tal fine la Regione deve presentare il resoconto di quanto realizzato rispetto alla pianificazione dei 10 Programmi Predefiniti del proprio PRP per l'anno di riferimento 2022, con i relativi indicatori, in coerenza con la rendicontazione dei PRP in PF

Obiettivo prioritario: "Supporto al Piano nazionale della prevenzione"

Per tale Obiettivo prioritario, sia dal punto di vista del livello centrale di governo sia da quello delle Regioni, gli elementi alla base di questa funzione di supporto sono:

- la riflessione sistematica sul modello di *governance* più appropriato, sulla base dell'assetto istituzionale conseguente alla riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione, per il conseguimento degli obiettivi di salute a favore della popolazione italiana;
- le indicazioni, ribadite dal PNP 2020-2025, a svolgere questa azione di supporto relativamente:
 - al fornire alle Regioni strumenti, metodologie, risorse (capacity building) in materia di prevenzione e promozione della salute;
 - al promuovere la genesi, l'aggiornamento e l'utilizzo di evidenze di efficacia, sostenibilità, equità nei programmi ed interventi di prevenzione e promozione della salute;
 - alla definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati (mediante il sostegno ai Registri Tumori);
 - alla valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (per esempio nei programmi di screening) come strumento per la riprogrammazione.

In tale quadro è stata identificata la necessità di promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione tra questi e le Regioni e il Ministero. I network di centri regionali ormai consolidati come elementi essenziali della *governance* (secondo il modello, adottato dall'Italia, della *stewardship*) individuati dall'articolo 17 del Patto per la salute 2014-2016 sono:

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

Per tale Obiettivo prioritario deve essere riportata il resoconto di quanto realizzato, rispetto alla pianificazione quinquennale, per l'anno di riferimento 2022 nell'ambito dell'Accordo di collaborazione tra Regione e ciascuno dei tre Network per il periodo di vigenza del PRP 2020 – 2025 e del relativo progetto.

5. Linea progettuale:

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

Premessa

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

La Telemedicina è uno strumento che può essere utilizzato per implementare e rendere più efficiente la tradizionale attività sanitaria in quanto permette di collegare virtualmente setting assistenziali distanti tra loro. Inoltre, proprio perché questa tecnologia può essere utilizzata dal personale medico,

paramedico, amministrativo e tecnico dell'area sanitaria e dai pazienti e familiari, permette anche di superare le naturali barriere fisiche tra i fornitori della prestazione e riceventi. I principali servizi di telemedicina utili soprattutto alla medicina territoriale sono: il teleconsulto (indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente, applicazioni tipiche sono quelle di teleradiologia/telegestione, ad esempio in ambito radiologico o cardiologico), telesalute (servizi finalizzati al monitoraggio remoto dei pazienti, in particolar modo quelli cronici, nelle loro case per anticipare precoci peggioramenti dello stato di salute e aiutare a costruire le loro competenze di auto-cura) e teleassistenza (servizi che usano tecnologie a casa del cittadino per consentire una minimizzazione dei rischi associati a particolari patologie e fornire una tempestiva notifica di eventi avversi al personale sanitario preposto alla cura del paziente stesso). Inoltre, molteplici sono gli strumenti che possono essere utilizzati come per esempio le applicazioni (Apps) che aiutano le persone all'autogestione e all'auto-assistenza.

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

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

In riferimento alle indicazioni nazionali, si richiamano:

- l'Accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina"
- Inoltre l'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2021 (Rep. Atti n. 231/CSR) sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie".
- D.M. (Ministro della salute) 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», in attuazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia (PNRR).

Nell'ambito del PNRR, Missione 6 "salute, la Componente 1 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" mira al rafforzamento dei servizi e delle prestazioni erogate sul territorio grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali, come le Case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali; al potenziamento dell'assistenza domiciliare; nonché allo sviluppo della telemedicina e a una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

La telemedicina rappresenta un elemento fondamentale per affrontare i principali temi che interessano il servizio sanitario nazionale: invecchiamento della popolazione e relativo cambiamento dei bisogni di salute con incremento delle malattie ad elevata prevalenza. La capacità di collegare la residenza del paziente con l'ambiente sanitario è importante fonte di benefici, in quanto i pazienti, le loro famiglie e gli operatori sanitari potranno interagire e migliorare la gestione dell'assistenza. Le persone otterranno, direttamente presso la propria abitazione, indicazioni precise e mirate sulla cura, contribuendo così al monitoraggio e controllo costante della loro salute nell'ottica della prossimità e della qualità.

Tanto detto, considerato le strategie nazionali volte alla digitalizzazione e all'utilizzo della telemedicina in sanità, anche per l'anno 2022 viene proposta la linea progettuale sulla tecnologia in sanità.

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

A handwritten signature in black ink is located in the bottom left corner. Below the signature is a circular official stamp, partially obscured, which appears to contain the number '2022'.

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2022

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2022

819.484.264 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2022 (al 01.01.2021)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Competizione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network
PIEMONTE	4.274.945	4.274.945	63.414.712	-	2.986.244	66.400.956	8.102.774	19.446.657	97.233
VAL D'AOSTA	124.089	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.981.554	9.981.554	148.066.788	-	6.972.570	155.039.358	18.919.138	45.405.931	227.030
BOLZANO	534.912	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	542.166	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.869.830	4.869.830	72.239.261	-	3.401.798	75.641.059	9.230.325	22.152.780	110.764
FRIULI	1.201.510	-	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.518.495	1.518.495	22.525.418	-	1.060.738	23.586.156	2.878.171	6.907.610	34.538
EMILIA R.	4.438.937	4.438.937	65.847.377	-	3.100.800	68.948.176	8.413.606	20.192.654	100.963
TOSCANA	3.692.865	3.692.865	54.780.113	-	2.579.634	57.359.748	6.999.493	16.798.784	83.994
UMBRIA	865.452	865.452	12.838.151	-	604.558	13.442.709	1.640.386	3.936.927	19.685
MARCHE	1.498.236	1.498.236	22.224.895	-	1.045.586	23.271.481	2.839.772	6.815.452	34.077
LAZIO	5.730.399	5.730.399	85.004.978	-	4.002.945	89.007.922	10.861.456	26.067.494	130.887
ABRUZZO	1.281.012	1.281.012	19.002.585	-	894.845	19.897.431	2.428.042	5.827.308	29.137
MOLISE	294.294	294.294	4.365.569	-	205.578	4.571.147	557.808	1.338.739	6.694
CAMPANIA	5.624.260	5.624.260	83.430.507	-	3.928.802	87.359.309	10.660.279	25.584.670	127.923
PUGLIA	3.933.777	3.933.777	58.353.812	-	2.747.922	61.101.734	7.456.121	17.894.689	89.473
BASILICATA	545.130	545.130	8.086.481	-	380.798	8.467.279	1.033.245	2.479.788	12.399
CALABRIA	1.860.601	1.860.601	27.600.233	-	1.299.714	28.899.947	3.526.602	8.463.844	42.819
SICILIA (*)	4.833.705	4.833.705	71.703.382	35.213.531	-	36.489.851	4.452.782	10.686.678	53.433
SARDEGNA	1.590.044	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	59.236.213	55.243.492	819.484.264		35.213.531	819.484.264	100.000.000	240.000.000	1.200.000

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

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

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

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

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

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

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

7	DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
---	---------------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------------------

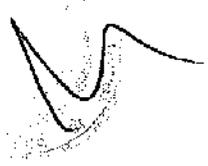
			per anno successivo

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

10	RISULTATI ATTESI	
	A breve termine, che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	
	A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	

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

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



SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO... <i>Accordo e Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del ...</i>
--

1	REGIONE	
---	----------------	--

2	LINEA PROGETTUALE	
---	--------------------------	--

3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	
---	---	--

4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio progetto	Data chiusura progetto	Data presentazione risultati

5	RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE IL PROGETTO - MODALITÀ DI REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	<i>Eventuali Risorse regionali</i>		

6	INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti

7	TRASFERIBILITÀ	
	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita

8	CRITICITA' RILEVATE	
---	----------------------------	--

OBIETTIVO PRIORITARIO SUPPORTO AL PNP

- **Accordo di collaborazione (da compilare per ciascuno dei tre network: NIEBP, AIRTUM, ONS)**

L'Accordo (uno per ciascun Network) si riferisce all'intero periodo di vigenza del PRP (2021-2025) e contiene almeno i seguenti elementi

- Oggetto e rationale dell'Accordo
- Funzioni e Compiti del Network
- Referenti
- Finanziamento annuale.

- **Progetto allegato all'Accordo di collaborazione (da compilare per ciascuno dei tre network: NIEBP, AIRTUM, ONS)**

Il progetto si riferisce all'intero periodo di vigilanza del PRP (2021-2025) e contiene almeno i seguenti elementi

- Titolo del Progetto
- Ente
- Referente del Network (nominativo, struttura di appartenenza, recapiti)
- Referente regionale (nominativo, struttura di appartenenza, recapiti)
- Obiettivi (pertinenti al PRP). Indicare a quali obiettivi del PNP e dei relativi Programmi il progetto intende contribuire.
- Azioni. Enuclerare e descrivere max 5 azioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi
- Indicatori di monitoraggio (almeno due). Indicare: titolo, fonte, formula, valore atteso annuale.
- Cronoprogramma
- Finanziamento complessivo annuale
- Piano finanziario (dettagliare le voci di spesa)



Allegato 3) – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2022

LINEA PROGETTUALE	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA'	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER I PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ, ANCHE IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA COVID 19.	
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. 37-6640 del 21/03/2023 D.G.R. 2-6676 del 29/03/2023	€ 38.581.525,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€. 0,00
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 ASR	
Da acquisire	Risorse ex L. n. 77/2020, art. 1 del (fondi Covid ex "decreto Rilancio" per potenziamento attività territoriali)	

<p>ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc</p>	<p>La popolazione residente in Piemonte al 31.12.2021 ammonta a 4.252.279, di cui il 51,3% donne e il 48,7% uomini, in diminuzione rispetto al 2019 quando la stessa ammontava a 2.311.217 abitanti. La popolazione over65 enni rappresenta il 26,1 degli abitanti del Piemonte. 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. Con il passare degli anni il quadro epidemiologico è sempre più caratterizzato da bisogni di salute articolati e multiproblematici, che richiedono la presa in carico di persone affette da patologie di lunga durata, gestibili in prossimità del loro luogo di vita: occorre pertanto organizzare i servizi attorno ai bisogni dei pazienti, nei territorio dei Distretti ASL. Per migliorare le cure sul territorio servono integrazione, prossimità e continuità, multiprofessionalità ed articolazione a rete dei servizi sanitari territoriali, in continuità con quelli ospedalieri e con l'area socio-sanitaria e socio-assistenziale. 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 e predefiniti in ambito regionale, Nel 2021 l'impatto travolgente della pandemia Covid-19 ha portato drammaticamente alla luce nuovi bisogni, dei quali dovrà farsi carico il Servizio sanitario regionale prossimo futuro, essere in grado di identificare e trattare precocemente i bisogni di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l'aggravamento. Le risposte sanitarie e socio-sanitarie per soggetti fragili (grandi anziani, disabili, persone con gravi problemi di salute mentale...) dovranno operare in rete e in collegamento con le potenzialità offerte dai percorsi sul territorio, accanto a un'implementazione delle cure al domicilio dei pazienti. In sostanza, un percorso di riorganizzazione dei servizi territoriali delle ASL, pensato per far fronte alla diffusione di malattie croniche, può tornare utile anche per affrontare un'epidemia infettiva. In questo contesto, le Case della Salute, in molte delle esperienze avviate nella sperimentazione regionale, costituiscono il collante dei servizi sul territorio e con questo ruolo possono rappresentare una risposta vincente, anche in linea con le strategia in fase di definizione nell'ambito del PNRR e del percorso attuativo del D.M. 77 del 23.5.2022.</p>
--	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

<p>DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO</p>	<p>Data inizio prevista</p>	<p>Data termine prevista</p>	<p>Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo</p>
	<p>1.1.2022</p>	<p>31.12.2022</p>	<p>CON POSSIBILE ULTERIORE PROSEGUIMENTO PER ANNO SUCCESSIVO</p>

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

OBIETTIVI SPECIFICI	1. Monitorare lo stato di attuazione della rete delle Case della Salute contestualmente alla programmazione delle Case della Comunità
	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 il proseguimento dell'attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), nel primo semestre 2022.

RISULTATI ATTESI	
A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	appropriatezza della presa in carico del paziente; spostamento del baricentro assistenziale verso l'assistenza territoriale e di prossimità; miglioramento degli esiti in termini di benessere, di prevenzione e di tutela della salute della popolazione.
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	consolidamento della sanità d'iniziativa fondata sull'approccio multiprofessionale e multifunzionale per il trattamento delle patologie croniche in un ambito il più prossimo al cittadino e alla comunità locale, attraverso la rete delle strutture di comunità in fase di realizzazione ai sensi del PNRR.

PUNTI DI FORZA	
Indicare punti di forza	Dall'approccio monoprofessionale e frammentato per singoli interventi non sempre fra loro coordinati, alla multiprofessionalità nella presa in carico del problema di salute e nella gestione dei relativi percorsi, al fine di fornire risposte complessive ed integrate da parte del sistema sanitario territoriale, in continuità con quello ospedaliero da un lato e con l'area socio-sanitaria dall'altro.
Approccio attraverso un sistema di coinvolgimento dei professionisti	

PUNTI DI DEBOLEZZA	
Indicare punti di debolezza	Criticità connesse alla progressiva riduzione di personale medico, soprattutto in alcune discipline di specializzazione ed in medicina generale; analogamente, progressiva diminuzione del personale infermieristico nel SSR nell'ultimo decennio, destinato a generare una problema di carenza di organico, soprattutto in prospettiva dell'applicazione del modello ex PNRR sull'assistenza territoriale. Difficoltà ad implementare le cure domiciliari per carenza progressiva di personale dedicato.
Carenza di sistemi di valutazione per le attività territoriali	

DIAGRAMMA DI GANTT	
	Mesi
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
Monitorare lo stato di attuazione della rete delle Case della Salute contestualmente alla programmazione delle Case della Comunità	
Indirizzare e monitorare l'attività di presa in carico ed assistenza sanitaria prestata a domicilio a favore dei pazienti affetti da Covid 19, attraverso il proseguimento dell'attività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), nel primo semestre 2022	
Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa	
Consolidare l'attività di riabilitazione domiciliare	

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1. Fase: Case della Salute e future Case della Comunità	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio modelli e forme organizzative scaturite dalla sperimentazione regionale delle Case della Salute/Ospedali di Comunità; • programmazione del percorso attuativo del nuovo modello di rete territoriale previsto dal PNRR, Missione 6 Salute, Componente 1, attraverso l'indirizzo e la condivisione dei progetti ASL relativi alle Case della Comunità (CdC) e Ospedali di Comunità (OC); • avvio della sperimentazione delle strutture di prossimità come prevista dall'art 4 bis della L. n. 77 del 17.7.2020 di conversione del D.L. n. 34/2020 	<p>Partendo dal monitoraggio e dall'analisi della situazione esistente riguardo all'articolazione distrettuale delle Case della Salute ed Ospedali di Comunità, il progetto mira a delineare il percorso di transizione verso la rete delle strutture di prossimità, a carattere multiprofessionale e multidisciplinare, previste dalla Missione 6 del PNRR. In fase di avvio del percorso si prevede un'attività regionale d'indirizzo, di confronto, di monitoraggio e condivisione dei progetti elaborati a livello di ASL, in condivisione con le AO/AOU, per la realizzazione della rete delle CdC e OC sul proprio territorio, ad integrazione e riconversione del modello fondato sulle Case della Salute. Il progetto prevede inoltre la definizione degli indirizzi regionali relativi al nuovo modello di rete territoriale e delle cure primarie, sul piano organizzativo, gestionale ed operativo in coerenza con la normativa nazionale contenuta nel Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSR di cui al D.M. n. 77 del 23.5.2022 e dell'emanando ACN per la medicina convenzionata. Al fine di sperimentare sul territorio regionale il nuovo modello relativo alle strutture di prossimità, come disposto dall'art. 4 bis della L. n. 77/2020 e dall'Intesa Stato-Regioni e PP.AA. n. 134 del 4.8.2021, con D.G.R. n.9-3951 del 22.10.2021 è stata avviata la progettazione dei Centri servizi distrettuali integrati (CSDI), da sviluppare e realizzare nel biennio 2022-2023 nell'ambito territoriale di ciascuna ASL, quale modello precursore delle future Case della Comunità, nella tipologia hub e/o spoke, che dovranno entrare in funzione secondo la programmazione pluriennale ex PNRR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • numero di Case della Salute attivate al 31.12.2022 e numero di personale nelle stesse operante; • numero di Case della Comunità e Ospedali di Comunità previsti nella programmazione regionale definita ai sensi del PNRR e degli indirizzi nazionali attuativi; • numero CSDI attivati al 31.12.2022 e numero di personale negli stessi operante, ivi comprese le reti del privato sociale coinvolte a supporto del progetto.

2. Fase: Presa in carico e follow up domiciliare pazienti Covid 19	proseguimento attività Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e monitoraggio del loro articolazione sul territorio ed attività svolta.	sono sviluppate le attività di: • indirizzo per il proseguimento dell'attività delle USCA, in relazione alle esigenze connesse all'evoluzione della fase pandemica; • monitoraggio mensile della loro articolazione, personale operante e attività svolta fino al 30.6.2022, data di scadenza prevista dalla L. 234/2021, comma 295.	- numero di USCA attivate al 30.6.2022 in relazione ai parametri indicati dalla normativa nazionale istitutiva; - numero di personale nelle stesse operanti; - numero di pazienti seguiti mensilmente nel 2022.
3.Fase: 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, anche ai fini della programmazione regionale relativa alle Centrali Operative Territoriali previste dal PNNR, Missione 6, Componente 1	• Analisi dell'articolazione NOCC/NDCC rilevata nelle schede di rilevazione aggiornate al 2021 per quanto riguarda: l'organizzazione aziendale; il modello organizzativo e di gestione operativa; i criteri di eleggibilità per i diversi setting di cura residenziali, extraospedalieri (hospice, posti letti di Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria-CAVS e residenzialità socio-sanitaria, nonché Cure domiciliari e Cure domiciliari palliative); • indirizzo, pianificazione attuativa e monitoraggio della sperimentazione del modello relativo alle Centrali Operative Territoriali (COT) in 4 ASL del territorio regionale	• Numero di pazienti seguiti nel 2022 nel percorso di cura ospedale/territorio tramite azioni dei NOCC e degli NDCC delle ASR; • Definizione Piano attuativo regionale per la sperimentazione delle COT: numero di COT attivate e orari di funzionamento
4.Fase: Assistenza e riabilitazione domiciliare	Prosecuzione del monitoraggio della riabilitazione domiciliare (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) effettuata con indicatori di primo livello tratti dai flussi informativi correnti (FARSIAD).	Tramite il Portale regionale FARSIAD-RP sono state adottate metodologie di rilevazione puntuale delle Prese in Carico in Cure Riabilitative Domiciliari (SRDRRF 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) nell'anno 2022, confrontato con il totale delle prese in carico effettuate per tutte le tipologie di cure domiciliari

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	Il progetto può essere implementato in ogni Azienda Sanitaria del SSR della Regione Piemonte e nelle altre Regioni
Progetto o parte del progetto che può essere trasferito	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 2022

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	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. 37-6640 del 21/03/2023 D.G.R. 2-6676 del 29/03/2023	€ 270.000,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€. 0,00

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
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

L'umanizzazione delle cure non può prescindere da un modello di presa in carico multidisciplinare realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei famigliari nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale. E' basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di una integrazione reale, sia a livello ospedaliero, fra le diverse strutture coinvolte, sia tra ospedale e strutture/professionisti presenti sul territorio fornendo risposte appropriate, sicure ed efficaci ai differenti bisogni assistenziali. Il Piano di cronicità della Regione Piemonte, al riguardo, ha introdotto 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 all'annualità 2022 si provvederà ad una approfondita analisi in merito ai modelli organizzativi implementati a livello aziendale, con particolare riguardo al percorso di continuità ospedale-territorio ed alla gestione del paziente in R.S.A. Proseguirà, inoltre, l'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

Con particolare riguardo al miglioramento delle condizioni nei gruppi fragili e vulnerabili le strutture residenziali per anziani saranno oggetto di specifiche progettualità. Vecchiaia e fragilità sono da sempre associati; la parola fragilità indica una condizione di debolezza, infatti deriva dall'espressione latina "frangere" che significa rompere o rompersi. In gerontologia la "fragilità" è la condizione per cui si è ridotta la riserva funzionale, vi è minor capacità di rispondere agli stress con quindi difficoltà a ritornare alla condizione precedente. In particolare, con riguardo all'anziano, la fragilità è diversa dalla non autosufficienza, dalla dipendenza ed un evento avverso biologico, psichico o sociale nell'anziano può ridurre l'autonomia della persona e avvicinarla alla dipendenza mentre nel caso di organismo robusto, questo avviene temporaneamente e poi si ritorna alla situazione funzionale precedente. Nel caso di un organismo fragile, il recupero non è completo, è più vicino di prima alla dipendenza, si è ridotta la riserva di autonomia funzionale.

Si pone, quindi, per l'anziano una situazione di aumentato rischio di perdita dell'autonomia o anche della capacità di sopravvivere, a seconda del contesto in cui dobbiamo definire la fragilità.

La Regione Piemonte ha aderito, nel 2021, al progetto coordinato dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali 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 progetto il Piemonte ha partecipato alla sperimentazione pilota in 2 RSA regionali, finalizzata ad implementare lo strumento da utilizzare per la successiva rilevazione nonché ad avviare una fase pilota per l'applicazione del metodo di rilevazione. Successivamente alla definizione del modello il Piemonte ha, altresì, partecipato alla fase di sperimentazione nazionale finalizzata a perfezionare i metodi e strumenti, promuovendo la rilevazione nell'ambito di n. 3 RSA individuate a livello regionale in differenti ambiti territoriali. Alla rilevazione è seguito il fondamentale lavoro di elaborazione e restituzione dei risultati della valutazione.

Data l'intenzione di procedere nella implementazione delle attività di umanizzazione nelle RSA nell'anno 2022 sarà avviata, nell'ambito della Cabina di regia regionale, un'analisi degli ulteriori strumenti predisposti da AGENAS per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle RSA, allo scopo di procedere ad un monitoraggio più puntuale su tutti gli aspetti delle RSA rilevanti ai fini dell'umanizzazione. L'analisi è finalizzata, in particolare, a verificare l'applicabilità, a livello regionale, degli strumenti già predisposti a livello nazionale ed alla successiva costruzione di una specifica check list piemontese utile per procedere alla successiva fase di monitoraggio presso le RSA in tutto il territorio regionale. Il progetto è finalizzato ad implementare il modello di valutazione partecipata basato sulla partnership tra professionisti e cittadini nell'ambito dell'assistenza territoriale, segnatamente alle strutture residenziali che offrono assistenza agli anziani

Prerequisito 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 progetto perseguirà i seguenti obiettivi: condividere con tutti gli stakeholder i metodi e gli strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione dell'assistenza sanitaria residenziale offerta ai pazienti anziani; formare i professionisti delle ASL, delle strutture residenziali ed i cittadini all'utilizzo dei metodi e strumenti per la valutazione delle RSA; realizzare la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture residenziali selezionate; raccogliere, elaborare e restituire i dati rilevati

**ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO
DI RIFERIMENTO**

**Se pertinente riportare dati
epidemiologici, di attività, ecc**

nelle strutture, per la definizione di azioni di miglioramento. Le residenze sanitarie assistenziali sono un luogo dove le persone sperimentano aspetti della vita per molti versi inediti: la condizione di "fragilità" è quindi la perdita di uno o più domini funzionali e la riduzione della propria autonomia, l'impossibilità di ricevere cure per guarire, l'avvicinarsi della conclusione della propria vita, l'aver più patologie, la prospettiva, prevalente, di risiedere nella struttura fino alla morte e di vivere in tale luogo gli ultimi giorni e ore di vita. Tutto ciò rende le RSA luoghi dove il tema dell'umanizzazione si arricchisce e acquista uno spessore ancora più ampio rispetto agli ospedali. In questo quadro, l'articolazione finale della checklist, coglie tali aspetti e li esplora in maniera approfondita. È questo il caso: delle cure palliative, intese come "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicofisica e spirituale"; della personalizzazione dell'assistenza, orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali ed alla promozione del benessere della singola persona; dell'espressione della volontà della persona ad accettare, o non accettare, alcuni trattamenti sanitari e medici nel caso in cui si trovasse in condizione di non poter manifestare la propria volontà (Dichiarazione Anticipata di Trattamenti Sanitario); della prevenzione di fenomeni di abuso e di maltrattamenti intesi come "azione singola o ripetuta o una mancanza di un'azione appropriata, che avviene all'interno di qualsiasi relazione in cui si sviluppa un'aspettativa di fiducia che causa danno o sofferenza ad una persona anziana"; della prevenzione e della gestione di situazioni ad alto rischio conflittuale.

Gli operatori sanitari che assistono i residenti delle RSA si trovano a confrontarsi con una serie di tematiche di carattere tecnico-professionale che sono da anni al centro di un dibattito dottrinale o che sono oggetto di raccomandazioni da parte delle autorità sanitarie e di "buone pratiche" da parte delle organizzazioni sanitarie. Rispetto a queste tematiche, la compilazione della checklist da parte di équipe miste cittadini-operatori sanitari suscita un notevole interesse per la possibilità data nel corso del lavoro congiunto di apprezzare la complessità di alcune di esse, di favorirne la conoscenza e di favorire la ricerca e la diffusione di buone pratiche. Tra queste tematiche, sei sono presenti nella checklist e sono: la contenzione fisica, pratica che, da una parte è particolarmente diffusa in questo segmento assistenziale, e dall'altra è considerata straordinaria dalla comunità dei professionisti e comunque da superare con la disseminazione di buone pratiche organizzativo assistenziali e di proposte innovative; la riconciliazione farmacologica, oggetto di una specifica raccomandazione del Ministero della Salute che ha, tra i suoi destinatari, le RSA; l'igiene delle mani oggetto di una campagna della WHO e del Ministero della Salute; la gestione del rischio clinico, prevenzione e gestione delle lesioni da pressione e la prevenzione e la gestione delle cadute³¹, terreni sui quali "il cambiamento

profondo del 'profilo' della persona assistita in RSA, le cui condizioni di bisogno assistenziale si sono modificate radicalmente in questi ultimi anni, rende indispensabile arricchire i contenuti clinici e di assistenza tipici della residenza sanitaria". Le attività sono finalizzate a definire l'apparato teorico e metodologico per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione strutture di ricovero per acuti. In particolare ci si pone i seguenti obiettivi: avviare la raccolta d'informazioni sul grado di umanizzazione delle RSA pubbliche e private; mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione che, attraverso una rilevazione periodica (triennale), assicuri la disponibilità d'informazioni per supportare le azioni di Regioni, del Ministero e delle Organizzazioni dei cittadini; proseguire l'opera di adattamento dell'apparato teorico e metodologico per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nell'area dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale (persone con disturbi mentali, minori disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, persone con dipendenze patologiche); ampliare l'utilizzo dell'apparato teorico e metodologico della valutazione partecipata del grado di umanizzazione in seno al livello dell'assistenza distrettuale, sperimentandola nelle aree dell'assistenza sanitaria di base e dell'assistenza socio-sanitaria domiciliare; integrare le procedure di accreditamento istituzionale e di valutazione partecipata delle residenze sanitarie assistenziali, relativamente ai criteri e requisiti inerenti il tema dell'umanizzazione e della centralità della persona.

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Piani	Valutazione modelli organizzativi implementati nelle RSA	Evidenza criticità percorsi per definizione ed implementazione azioni di miglioramento	Presenza documentazione attestante miglioramento percorsi rispetto criticità individuate
Punti critici	Individuazione punti critici	Vengono individuati i punti critici	Presenza di documento di aggiornamento
Azioni di miglioramento	Definizione delle azioni di miglioramento	Sulla base delle criticità definite, sono individuate le azioni correttive	Presenza di piano di miglioramento
Implementazione	Messa in atto delle azioni di miglioramento	Viene messo in atto il piano di miglioramento	Presenza di report sui risultati ottenuti

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

Allegato 3) – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2022

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. 37-6640 del 21/03/2023 D.G.R. 2-6676 del 29/03/2023	€ 4.048.540,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

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
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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• Centri Spoke/centri ambulatoriali di terapia del dolore

• Centri Hub /Centri Ospedalieri di terapia del dolore

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

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

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

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

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

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

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

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

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

Inoltre, con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla Proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38,

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc	<p>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>Infine con D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 sono stati recepiti i seguenti Accordi: - 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);</p> <p>- 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);</p> <p>- 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.</p> <p>Obiettivo specifico dell'anno 2022 è l'adempimento alle disposizioni di cui sopra.</p>
---	--

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	<p>1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.</p> <p>2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in terapia del dolore su tutto il territorio regionale</p> <p>3° Obiettivo qualitativo e quantitativo: attuazione del disposto 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);</p>		
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 GANTT												
	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
<p>Il progetto ha durata continua; le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico:</p> <p>D.G.R. n. 20-13204 del 08/02/2010, D.G.R. n. 30-866 del 25/10/2010, D.G.R. n. 31-1482 del 11/02/2011 D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 D.G.R. n. 43-7345 del 31/03/2014 D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014 D.G.R. n. 14-2811 del 18/01/2016 D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021</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

Allegato 3) – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2022

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. 37-6640 del 21/03/2023 D.G.R. 2-6676 del 29/03/2023	€ 4.048.540,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

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
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 con D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 sono stati recepiti i seguenti Accordi:

- 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. Obiettivo specifico dell'anno 2022 è l'adempimento alle disposizioni di cui sopra.

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	<p>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.</p> <p>2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.</p> <p>3° Obiettivo qualitativo: attuazione delle disposizioni 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),</p> <p>4° Obiettivo</p>
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
<p>Il progetto ha durata continua; 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 D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021</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

Allegato 3) – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2022

LINEA PROGETTUALE	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE (PNP)	
AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale	
REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Bartolomeo Griglio
	Ruolo e qualifica	Dirigente del Settore "Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare" - Coordinatore PRP
	Recapiti telefonici	011.4321515
	E-mail	sanita.pubblica@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. 37-6640 del 21/03/2023 D.G.R. 2-6676 del 29/03/2023
		€ 19.349.424,00
	Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL
		€ 0,00
DESCRIZIONE	<p>Il Piano regionale di prevenzione 2020-2025, approvato con DGR n. 16-4469 del 29 dicembre 2021, si compone di 10 programmi predefiniti, indicati dal PNP approvato con Intesa Stato-Regioni 6/08/2020 e s.m.i., e 6 programmi liberi identificati sulla base del profilo di salute ed equità del Piemonte, finalizzati a coprire complessivamente tutti i macro obiettivi e tutti gli obiettivi strategici del PNP.</p> <p>Questi i 16 programmi: PP01 Scuole che promuovono Salute PP02 Comunità attive PP03 Luoghi di lavoro che promuovono salute PP04 Dipendenze PP05 Sicurezza negli ambienti di vita PP06 Piano mirato di prevenzione PP07 Prevenzione in edilizia e agricoltura PP08 Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro PP09 Ambiente, clima e salute PP10 Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza PL11 Primi 1000 giorni PL12 Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità PL13 Alimenti e salute PL14 Prevenzione delle malattie infettive PL15 Screening oncologici PL16 Governance del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025</p> <p>La DGR suddetta ha definito inoltre il modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione (CORP) e ha stabilito che ogni anno siano adottati appositi atti di attuazione del PRP a livello regionale e locale.</p>	

DESCRIZIONE

Pertanto, è stata approvata con Determinazione dirigenziale n. 694 del 28/04/2022 la programmazione regionale annuale 2022 del PRP.

Tale documento risponde alla finalità di declinare operativamente le azioni del PRP e in particolare i risultati attesi per il 2022, attraverso la definizione puntuale delle attività previste a livello regionale e a livello locale.

In ogni programma (predefinito e libero) è stato costruito il "quadro logico", ovvero uno schema che collega concettualmente obiettivi, indicatori e relativo valore atteso per l'anno 2022, azioni correlate.

In tutti i programmi, ciascuna azione si sviluppa in:

- descrizione delle attività previste, a livello regionale e locale;
- attori coinvolti, ruoli e responsabilità;
- indicatori di programma, relativi agli obiettivi trasversali e specifici, correlati all'azione come evidenziato nel quadro logico. Nel caso dell'azione equity-oriented l'indicatore/i è quello previsto dalla sezione "Monitoraggio dell'azione equity oriented" della relativa azione nel PRP. Laddove possibile, per questi indicatori è stato definito un valore atteso locale, che rappresenta il contributo dell'ASL al raggiungimento del valore atteso regionale;
- indicatori di processo, aggiuntivi rispetto agli indicatori di programma, introdotti nel documento di programmazione annuale al fine di tracciare lo sviluppo delle attività in vista del raggiungimento degli obiettivi di programma.

In attuazione di quanto disposto dalla DGR del 2021, tutte le ASL hanno definito la programmazione locale annuale 2022 (PLP) sulla base delle indicazioni contenute nella programmazione annuale. Il PLP costituisce lo strumento di programmazione strategica dell'Azienda sanitaria necessario per coordinare e integrare le attività di prevenzione e promozione della salute a livello territoriale, traducendo i livelli di programmazione nazionale e regionale in concrete risposte ai bisogni di salute della popolazione di riferimento, con approccio intersettoriale e in ottica One Health. Lo schema per la redazione dei PLP prevede in ciascun programma (predefinito e libero):

- l'indicazione del referente locale e l'eventuale gruppo di lavoro;
- l'analisi di contesto per contestualizzare le azioni rispetto alle peculiarità locali, alla situazione organizzativa e allo stato dell'arte delle attività;
- la declinazione locale delle attività previste nel PRP;
- la presenza degli indicatori di programma e di processo con il relativo valore atteso locale.

Tutte le ASL hanno redatto i PLP entro il mese di maggio 2022, i documenti sono pubblicati sul sito web regionale:

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/piani-locali-prevenzione>

I risultati delle attività dei PLP saranno rendicontati dalle ASL entro il 28/02/2023.

L'attuazione delle azioni del PRP/PLP è inoltre monitorata attraverso incontri periodici dei Referenti regionali di programma, dei Coordinatori locali PLP e dei Referenti locali di programma.

L'attuazione del Piano nazionale della prevenzione attraverso il PLP è oggetto di uno specifico obiettivo assegnato ai direttori generali delle ASL della Regione Piemonte (DGR n. 23-5653 del 19/09/2022).

Per il contenuto dei programmi del PRP si rinvia alla piattaforma www.pianiregionalidellaprevenzione.it

La rendicontazione delle attività svolte nel 2022 e dei valori osservati degli indicatori certificativi dei programmi sarà effettuata sulla medesima piattaforma entro la scadenza prevista dal sistema nazionale di monitoraggio dei PRP, ovvero entro il 31 marzo 2023.

Allegato 3) – Piano regionale di utilizzo delle risorse vincolate per l'anno 2022

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

TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	NETWORK DI SUPPORTO AL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE
---------------------------------------	---

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

REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Bartolomeo Griglio
	Ruolo e qualifica	Dirigente del Settore "Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare" - Coordinatore PRP
	Recapiti telefonici	011.4321515
	E-mail	sanita.pubblica@regione.piemonte.it

RISORSE FINANZIARIE OCCORRENTI ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO MODALITA' DI REPERIMENTO RISORSE		
	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Finanziamento		
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 37-6640 del 21/03/2023 D.G.R. 2-6676 del 29/03/2023	€ 97.233,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

DESCRIZIONE

PREMESSA	<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. Nel 2022 si è lavorato per definire gli elementi degli accordi di collaborazione e il contenuto dei progetti pluriennali allegati agli accordi.
	<p>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.</p> <p>L'ONS persegue il compito assegnato dal PNP attraverso le seguenti attività principali:</p>

<p>1. Osservatorio Nazionale Screening (ONS)</p>	<p>attività di monitoraggio tramite indicatori per rendicontazione NSG e Adempimenti LEA anche ai fini della certificazione di detti adempimenti per ogni singola regione. Supporto al Ministero e alle Regioni per la realizzazione degli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione;</p> <p>produzione di linee di indirizzo che si generano in base alle più recenti evidenze scientifiche, produzione di linee guida, elaborazione e pubblicazioni di rapporti e specifiche analisi statistico-epidemiologiche sui 3 programmi di screening;</p> <p>supporto per la partecipazione alle survey nazionali delle attività dei programmi di screening effettuate negli anni di competenza; produzione di indicatori per il monitoraggio delle attività svolte dalla Regione e calcolo degli indicatori per la valutazione dell'adempimento dei LEA per il Ministero della Salute. Supporto alla predisposizione ed evoluzione di applicativi e piattaforme informatiche regionali deputati al monitoraggio e governo degli screening;</p> <p>attività di quality assurance: audit, site visit, attività di affiancamento e tutoraggi per la realizzazione di interventi migliorativi atti ad aumentare la copertura e la promozione della adesione alle 3 campagne di screening;</p> <p>attività di formazione per gli operatori: definizione, sulla base degli specifici fabbisogni, di moduli formativi ad hoc;</p> <p>attività di comunicazione/coinvolgimento degli utenti: produzione di linee di indirizzo e di materiali informativi da parte del Gruppo Interscreening di Comunicazione. Avvio sistemi di comunicazione multicanale e multimediali per favorire la comunicazione e il coinvolgimento attivo nonché la partecipazione ai programmi e alle iniziative;</p> <p>attività e collaborazioni in ambito di stakeholder engagement in termini di supporto alla realizzazione di progetti europei e alla rendicontazione dei bilanci sociali degli screening oncologici organizzati;</p> <p>attività di coordinamento e segretariali a supporto delle attività del Consiglio Direttivo dell'ONS, dei vari gruppi di lavoro interregionali e della gestione delle richieste del Ministero e delle Regioni;</p> <p>gestione del sito dell'ONS con aggiornamento almeno bimestrale dei contenuti e inserimento di documenti, linee di indirizzo, dati e indicatori.</p> <p>Nel 2022 è stata avviata con ONS la definizione di una bozza di accordo di collaborazione pluriennale e relativo progetto, nel quale viene definito il contributo che l'ONS metterà a disposizione della Regione Piemonte a supporto delle attività di implementazione, monitoraggio e valutazione delle azioni incluse nel programma PL15 "Screening oncologici" del PRP 2020-2025. Il progetto includerà le seguenti attività:</p> <p>monitoraggio tramite indicatori per rendicontazione NSG e Adempimenti LEA;</p> <p>formazione per gli operatori;</p> <p>comunicazione/coinvolgimento degli utenti e della comunità sanitaria;</p> <p>quality assurance: audit, site visit, attività di affiancamento per la realizzazione di interventi migliorativi.</p>
<p>2. Associazione Italiana Registri Tumori (AIRTUM)</p>	<p>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.</p> <p>A partire dal 2019 la banca dati nazionale dei Registri Tumori non è più ospitata presso l'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) della Regione Toscana. In attesa di una nuova collocazione, i contatti intercorsi con il presidente e il tesoriere Airtum hanno portato alla definizione delle attività che dovranno essere presenti nel progetto allegato all'accordo di collaborazione tra Regione Piemonte e Airtum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 di Evidence-based Prevention (NIEBP) nasce a partire dalla esigenza già espressa nel PNP 2014-2019 di fondare le azioni del Piano Nazionale di Prevenzione su evidenze scientifiche, cioè su prove rigorose di efficacia. Il NIEBP è formato nel 2022 da centri di ricerca e documentazione impegnati nella ricerca e nella implementazione di interventi efficaci (Università del Piemonte Orientale, DORS, CPO Piemonte) ed è coordinato dall'Agenzia Regionale Toscana (ARS). È supportato da un comitato di cui fa parte la rete di "Antenne" regionali.

La Determinazione dirigenziale n. DD 2163/A1409C del 18/11/2022 approva lo schema di accordo di collaborazione tra la Regione Piemonte e l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana concernente il supporto del NIEBP al Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025.

Il progetto allegato all'Accordo prevede i seguenti obiettivi: 1. Fornire supporto alla Regione Piemonte per la pianificazione e valutazione del PRP, sostenendo l'individuazione di interventi efficaci per il raggiungimento degli obiettivi del PNP. 2. Favorire la formazione dei professionisti inclusi nella rete regionale del PRP (Coordinatori Aziendali e Referenti regionali e aziendali di Programma), sui temi della ricerca di interventi efficaci, la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e la valutazione di trasferibilità ed efficacia degli interventi del PRP con particolare riferimento a quelli inclusi nelle Azioni dei programmi Predefiniti del PRP 2021-2025. 3. Fornire supporto alla Regione Piemonte per il monitoraggio e la valutazione degli interventi inclusi nel PRP 2021-2025. 4. Fornire risposte a quesiti relativi alla efficacia di interventi e strategie preventive attraverso l'elaborazione di revisioni rapide di letteratura (quick review).

Per il perseguimento dei suddetti obiettivi il progetto prevede le seguenti azioni:

1. aggiornamento del sito <https://niebp.com>, in tutte le sue componenti, le sintesi delle evidenze, il repertorio degli interventi efficaci, il simulatore del Laboratorio di Prevenzione e disseminazione dei contenuti tramite la Newsletter, come strumento di supporto alla costruzione e alla valutazione delle azioni contenute all'interno Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025;
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, la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e la valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti;
4. supporto alla identificazione e valutazione di interventi di prevenzione promettenti. L'identificazione degli interventi promettenti avverrà su segnalazione delle regioni e previa condivisione con il Comitato delle regioni. Per gli interventi identificati dal Comitato verrà sviluppato 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 invece 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).

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2021

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 n. 1) Le Case della Salute: monitoraggio della rete.

Le Case della Salute (CS), sperimentate in Piemonte a partire dal 2017 ed entrate a regime nella rete territoriale dal 2019, rappresentano punti 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 fra le cure primarie e tutte le altre aree coinvolte nell'erogazione degli interventi che compongono i percorsi di salute dei pazienti affetti da patologie croniche: dall'area infermieristica, a quella diagnostica e specialistica, all'area socio-sanitaria coordinata con quella socio-assistenziale.

La rete regionale conta, alla data del 31.12.2021 n. 76 CS, dislocate su ciascuno dei 32 Distretti delle 12 ASL piemontesi, nell'ambito di strutture in prevalenza di proprietà ASL (52 su 76) o di proprietà di Enti locali (18) o di soggetti privati o Fondazioni (6).

Le CS sono così dislocate sul territorio regionale:

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

Nel corso del biennio 2020/2021 l'impatto della pandemia Covid-19 ha portato drammaticamente alla luce nuovi bisogni, dei quali 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. In tale contesto parte delle CS (n. 9 rispetto al 2020) ha ridotto temporaneamente o sospeso la propria attività in ragione degli interventi di riorganizzazione aziendale dei servizi distrettuali finalizzati a fronteggiare l'emergenza Covid e a supportare la campagna di vaccinazione avviata sul territorio.

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 (CSSF). 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 e con questa interagisce per l'erogazione dei PSDTA per patologie croniche.

Nel 30% del totale delle Case della Salute si rileva invece un modello funzionale (CSF), 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 (CSS), con la compresenza 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 : Valdilana ASL Biella, Arona ASL NO, Demonte ASL CN1.

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: tale obiettivo è anche alla base del modello di rete territoriale fondato sull'articolazione hub&spoke delle Case della Comunità programmate a partire dal secondo semestre del 2021 in attuazione del PNRR, Missione 6-Salute (rif. D.C.R. 199-3824 del 22.2.2022).

Nell'attuale contesto territoriale, il 13% delle 76 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 cospicua 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 il 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 in Piemonte. In particolare i servizi presenti in ogni C.S. o alla stessa funzionalmente collegati, sono i seguenti:

- 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.
- 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.
- Assistenza specialistica e diagnostica, erogata dai medici specialisti afferenti alle diverse branche e dagli ambulatori dedicati.
- Servizi socio-sanitari e le Unità di Valutazione Geriatriche e Multidimensionali.
- PDTA per la presa in carico e follow up delle cronicità.
- 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...).

4.1 percorsi per la cronicità e promozione della salute

L'attivazione dei Percorsi di cura (PSDTA) 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. (n.25) 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 2021 il 13% delle C.S. ha erogato prestazioni in Televisita.

Nel 23% 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 PSDTA per le patologie croniche.

Azione 2) Continuità assistenziale ospedale-territorio: i Nuclei Ospedalieri e Distrettuali di Continuità delle Cure.

Il sistema piemontese del percorso integrato di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio sanitario, si articola come già illustrato nella precedente relazione, nei NOCC e NDCC presenti in tutte le Aziende Sanitarie regionali.

il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) garantisce la funzione presso i Presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Regionali mentre il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC), governa il post dimissione dei residenti della propria ASL/Distretto.

Presso ciascun distretto sanitario operano le Unità di Valutazione geriatrica (UVG) e le Unità di valutazione multidisciplinare della disabilità (UMVD) che sono state appositamente censite come da quadro allegato:

- ASL Città di Torino – unica UVG e unica UMVD (adulti e minori) che operano trasversalmente sui 4 distretti;
- ASL TO3 – 5 UVG – 5 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL TO4 - 5 UVG – 5 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL TO5 - 4 UVG – 4 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL BI – 2 UVG una per ogni distretto – 1 UMVD sia adulti che minori che opera trasversalmente sui 2 distretti;
- ASL CN1 - 4 UVG – 4 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL CN2 - 2 UVG – 2 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL NO - 3 UVG – 3 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL AT - 3 UVG – 3 UMVD sia adulti che minori una per ogni ambito in cui è stato scomposto il distretto unico aziendale;
- ASL AL - 4 UVG – 4 UMVD sia adulti che minori una per ogni distretto;
- ASL VCO - 1 UVG – 1 UMVD sia adulti che minori per distretto unico;
- ASL VC - 2 UVG – 2 UMVD sia adulti che minori su un distretto unico.

Tutti i percorsi avviati dai NOCC e ricondotti ai diversi setting di cura residenziali extraospedalieri (Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria-CAVS e residenzialità socio-sanitaria nonché Cure domiciliari e Cure domiciliari palliative - art. 22 e 23 del DPCM del 12 gennaio 2017) sono in carico al NDCC di residenza dell'utente.

I seguenti dati sui flussi gestiti da tali nuclei, con riferimento all'anno 2021, possono essere utili ad illustrare il sistema:

- setting "CAVS" – giornate di assistenza erogate 143.823 per un totale di posti letto equivalenti (permanenza massima 60 gg) di 2.400
- setting "RSA e altre residenzialità socio-sanitarie" – giornate di assistenza erogate 5.026.875 per un totale di posti letto equivalenti (vedi nota 1) di 13.772
- setting "Continuità delle cure con residenzialità temporanea in RSA" – giornate di assistenza erogate 54.379 per un totale di posti letto equivalenti (permanenza massima 60 gg) di 900.

Nel corso dell'anno 2021 con l'evoluzione del contesto pandemico, è stato inoltre introdotto con D.G.R. 9 aprile 2021, n. 23-3080 uno specifico percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili ad anziano non autosufficiente, dimessi dall'Ospedale verso assistenza domiciliare in RSA.

Tale provvedimento ha permesso di:

- uniformare le prese in carico, in una situazione di emergenza pandemica da COVID 19, assicurando equità e facilitazione all'accesso, contribuendo a ridurre il sovraffollamento e le forme inappropriate di ricovero ospedaliero, migliorando l'appropriatezza degli interventi e l'utilizzo razionale delle risorse del Servizio Sanitario Regionale;
- garantire, su tutto il territorio regionale, la continuità assistenziale agli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e alle persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente verso l'assistenza domiciliare e verso le Strutture territoriali;
- integrare le attuali risorse che assicurano il percorso di continuità ospedale-territorio, secondo un modello di presa in carico globale, che favorisca il benessere del paziente e della famiglia con la ricerca del setting più adeguato alla gestione del caso.

Nota 1 : posti letto 'equivalenti' di virtuale 'piena occupazione' nelle 24h, sulla base della sommatoria del numero di giornate di assistenza erogate dal 1/01 al 31/12 = giornate di assistenza/365

Azione 3) Le Cure Domiciliari Riabilitative.

La D.G.R. 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.”*, ha introdotto tra le tipologie di Cure Domiciliari: quella riabilitativa, già in essere in precedenza ma non codificata, istituendo la tipologia del 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.

Il provvedimento ha definito i destinatari delle Cure riabilitative domiciliari, i criteri di eleggibilità, i setting di provenienza, le scale di valutazione per la presa in carico e le figure professionali.

Le prese in carico effettuate per il SRD nel corso dell'anno 2020 (primo anno di piena attuazione del provvedimento di maggio 2019) sono state 3.655 a fronte di un complessivo numero di prese in carico per l'assistenza domiciliare di 57.697.

L'anno 2021 ha registrato 5.332 prese in carico per il SRD a fronte di un totale di PIC 56.335 per l'assistenza domiciliare. Sono quindi l'9,5% le prese in carico domiciliari per le cure riabilitative, fra tutte le prestazioni erogate a domicilio.

Azione n. 4) L'emergenza pandemica e le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA).

Nel corso del 2021 è proseguita su tutto il territorio regionale l'attività delle USCA, avviata nel 2020 in attuazione dell'art. 8 del D.L. 14 del 9.3.2020, come richiamato dalla L. n. 27 del 24.4.2020, quale importante strumento di supporto alle cure primarie nel periodo di emergenza.

A dicembre 2021 il numero complessivo delle USCA ammonta a 86 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 consultazioni telematiche/telefonici, l'assistenza primaria a favore di pazienti affetti da Covid-19 oppure sintomatici, senza necessità di ricovero ospedaliero, nelle seguenti situazioni:

- in isolamento domiciliare;
- in RSA o altre strutture residenziali

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 ha condotto 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 alla dotazione organica delle USCA le risultanze del monitoraggio 2021, a livello complessivo regionale, sono riportate nell'allegata Tabella A.

Per quanto attiene invece all'attività svolta, in termini di casi seguiti mensilmente, le risultanze del monitoraggio 2021 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. Ciò 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:

- 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);
- 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. È 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:

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

Così come già nel 2020, anche nel corso del 2021, 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 proseguire nelle specifiche attività di monitoraggio legate all'emergenza COVID, alcune già avviate nel 2020.

In particolare è proseguito il 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', pertanto, proseguito il 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', inoltre, proseguito il monitoraggio in merito alle "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 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.

La Regione Piemonte - Direzione Sanità e Welfare - nel 2021, ha, inoltre, aderito 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 stata 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, ha partecipato avviando la rilevazione nell'ambito delle RSA individuate a livello regionale in differenti ambiti territoriali. Il programma ha previsto una prima fase di monitoraggio e rilevazione sulla base degli item definiti a livello nazionale ed una successiva fase di definizione delle Buone pratiche. La progettualità è stata realizzata in forma partecipata - secondo il modello dell'empowerment – attraverso la partecipazione alla rilevazione di cittadini-volontari accanto agli operatori sanitari delle aziende coinvolte ed agli operatori delle strutture socio-sanitarie oggetto di rilevazione. Gli esiti della rilevazione sono stati quindi trasferiti ad AGENAS per le successive attività di rilevazione e restituzione.

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.

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

Linea 3A 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'ideale presa in carico del paziente nella rete delle cure palliative e nella rete di terapia del dolore.

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

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

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

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

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

Nel corso dell'anno sono state monitorate le attività della Rete regionale, sulla base di specifici indicatori di processo e di risultato.

Linea 3B DENOMINAZIONE PROGETTO: SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA

Il progetto ha previsto quanto segue:

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".

E' contestualmente 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.

E' proseguita l'attività dell'hospice pediatrico, istituito presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita ed autorizzato al funzionamento sin dal 2019, con D.D. n. 202 del 19.03.2019 (la tariffa di ricovero in hospice è stata approvata dalla Giunta regionale con propria deliberazione n. 40-8426 del 15.02.2019) ed è stato implementato il raccordo con i servizi territoriali e domiciliari nell'ambito della rete in argomento.

Infine, la Giunta regionale ha approvato la deliberazione n. n. 15-4166 del 26.11.2021, titolata "Recepimento Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.7.2020 e n. 30/CSR del 25.3.2021. Approvazione procedimento per l'accreditamento e il coordinamento regionale delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per pazienti adulti e pediatrici. Parziale modifica delle DD.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010 e n. 11-7041 del 27.1.2014 e revoca delle DD.G.R. n. 31-1482 del 11.2.2011 e n. 43-7345 del 31.3.2014"; tale deliberazione costituisce la base normativa di attuazione dei percorsi di accreditamento della rete di cui alle righe precedenti

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

Denominazione Progetto: Piano regionale di prevenzione

RISULTATI RAGGIUNTI 2021

Il 2021 ha visto la Regione Piemonte impegnata, in parallelo all'emergenza pandemica, nell'elaborazione del Piano regionale di prevenzione 2020-2025, con il coinvolgimento di gruppi già operativi sui programmi PRP esistenti e attraverso contatti e riunioni preliminari alla costituzione dei gruppi necessari per lo sviluppo dei nuovi programmi; in diversi casi tale lavoro si è configurato fin dall'inizio come intersettoriale, avendo coinvolto professionisti non afferenti all'area della prevenzione (es. cronicità) e colleghi di altre direzioni regionali (Ambiente, Agricoltura, Welfare, Comunicazione, Istruzione, Cultura ecc.). L'elaborazione del PRP pluriennale si è svolta per la prima volta interamente su piattaforma web nazionale e ha rispettato i tempi previsti dal monitoraggio PNP: a fine agosto è terminato il caricamento su piattaforma, nel mese di ottobre si è svolta l'interlocuzione con il Ministero della Salute e il 29 dicembre il PRP è stato approvato dalla Giunta regionale insieme al modello organizzativo. Il Coordinamento regionale della prevenzione (CORP) si è incontrato due volte a livello regionale: a gennaio per l'avvio della programmazione PRP e a novembre per una sua condivisione finale.

Con DD n. 823 del 7 giugno 2021 è stata approvata la programmazione annuale 2021, con identificazione degli obiettivi prioritari, delle azioni necessarie per raggiungerli, degli indicatori di monitoraggio e relativi standard, tenendo conto della situazione di emergenza determinata dal Covid e in continuità con il precedente PRP. Il documento ha rappresentato anche indirizzo per le attività da svolgere a livello locale, che le ASL hanno rendicontato nel mese di febbraio 2022. In 11 ASL è stata formalizzata la nuova composizione dei gruppi di coordinamento del PLP, strutturati in modo da conseguire gli obiettivi posti dal Piano nazionale. Quasi tutti i gruppi PLP hanno iniziato a lavorare mediante incontri dedicati a livello locale e attraverso il coinvolgimento nei lavori dei singoli gruppi regionali di programma.

Nonostante l'inevitabile riduzione di attività dovuta alla concentrazione di tutte le energie sul fronte dell'emergenza pandemica, nelle ASL è stata mantenuta una attenzione alle attività PLP testimoniata dalle relazioni prodotte. Tra i punti di forza è emersa la capacità, in molti contesti, di far fronte alle incertezze e ai cambiamenti facendo leva sulla condivisione delle conoscenze e sulla collaborazione fra operatori e strutture. Alcuni strumenti del PLP sono stati ripensati in funzione delle nuove risposte da dare alla cittadinanza in epoca Covid, tra cui gli strumenti di comunicazione e informazione: ad esempio la rete di collaborazione con le scuole già esistente e operativa ha spesso facilitato la gestione Covid. Non sono mancate poi iniziative specifiche di promozione della salute, ad esempio in occasione di giornate tematiche internazionali (es. giornata mondiale per l'igiene delle mani, settimana mondiale dell'allattamento materno ecc.); sono stati privilegiati strumenti che consentono di mantenere i contatti a distanza, come gli incontri on line, i siti aziendali e i social media.

A livello regionale, il sistema informativo ProSa ha mantenuto un buon livello di vitalità con il caricamento delle informazioni relative ai progetti e interventi attuati da parte di tutte le ASL e con la possibilità di individuare progetti/interventi correlati al Covid.

Per quanto riguarda le sorveglianze di popolazione, PASSI è stata portata avanti, nonostante le difficoltà, da alcune ASL, mentre in altre è stata interrotta. Sono state pubblicate le reportistiche delle raccolte di "OKkio alla Salute" e "0-2" svolte nel 2019 e i risultati di tutte le sorveglianze sono stati utilizzati per la stesura del PRP 2020-2025.

Si è concluso il progetto "Laboratorio della Prevenzione" con un percorso di consultazione degli stakeholder per definire proposte per l'individuazione delle priorità di intervento e con la messa a disposizione di strumenti sul sito web dedicato. È stato avviato un lavoro di supporto al tema del contrasto alle disuguaglianze nel PRP attraverso momenti formativi e la costituzione di una rete di referenti in ogni programma PRP supportati da alcune figure esperte (gruppo HEA).

SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE

La gestione dell'emergenza Covid 19 ha permesso di consolidare un rapporto di collaborazione costante con le scuole; si sono inoltre consolidati i tavoli di lavoro già esistenti, costituiti con enti e associazioni del terzo settore e il mondo del volontariato.

Nonostante la pandemia da Covid-19, è stata attuata la formazione congiunta a sostegno della realizzazione dei progetti, scegliendo talvolta la modalità on line: si è svolto il percorso di formazione congiunta regionale su "Media e Salute Social e Gaming" rivolto agli operatori delle ASL; è proseguita la sperimentazione del progetto CCM 2019 "Muovinsieme: scuola ed enti territoriali per la promozione di uno stile di vita sano e attivo" per la scuola primaria nelle ASL CN2 e TO4 con una formazione a livello regionale aperta anche a tutte le scuole piemontesi.

Per l'anno scolastico 2021/2022 sono stati organizzati incontri in videoconferenza con i dirigenti e docenti delle scuole del territorio, anche volti all'individuazione di nuovi bisogni correlati all'emergenza Covid-19, e i cataloghi ASL sono stati messi a disposizione sui siti aziendali. Le attività a catalogo hanno subito in alcuni casi uno stop forzato a causa della chiusura delle scuole e della ancora preponderante attività degli operatori della prevenzione nella gestione della

pandemia, ma in molte ASL i progetti sono stati riorganizzati per la fruizione on-line. 380 istituti (pari al 69% del totale) hanno realizzato almeno un progetto a catalogo, prioritariamente le scuole secondarie di primo grado: 294 plessi su 631 (47% del totale); 194 plessi (30% del totale) hanno adottato almeno una delle tre pratiche raccomandate nel documento regionale (“Unplugged”, “Diari di Salute” e “Patentino per lo smartphone”).

COMUNITÀ ATTIVE

L'impegno richiesto al personale sanitario nelle attività di gestione Covid-19 ha indotto all'adozione di strategie per continuare a favorire azioni concrete per la promozione dell'attività fisica in tutte le fasce di età, a livello dei Comuni, in particolare in quelli che hanno aderito a Carte internazionali, programmi e/o reti per la promozione dell'attività fisica, al fine di mantenere i “walking programs” – fit o nordic walking, gruppi di cammino – attività spontanee e accessibili a tutti. Le strategie si sono concretizzate in numerosi progetti di comunità per la promozione della salute e dell'attività fisica, con un approccio intersettoriale, attuati dalla maggior parte delle ASL.

1. Fare rete, fare advocacy. È stato realizzato in tutte le ASL un importante investimento sul lavoro di rete tra Servizi interni all'ASL e con soggetti del territorio, attraverso la creazione o riattivazione di gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari, tematici (sull'attività fisica), di comunità di pratica sulla qualità della vita, di reti/alleanze tra ASL e Comuni, circoscrizioni, centri per anziani, associazioni del territorio (CAI, UISP,...), Università (SUISM), tradotto in progettualità comuni e condivise sugli stili di vita. È proseguito in 5 ASL il lavoro di contatto con gli amministratori locali per l'adesione a documenti internazionali di advocacy per l'attività fisica, quali: “La Carta di Toronto per l'attività fisica” (ISPAH, 2010) e “Otto investimenti che funzionano per promuovere l'attività fisica” (ISPAH, 2020). Alcune ASL hanno sottoscritto documenti di indirizzo quali “Urban Diabetes Declaration”, “Manifesto – la salute nelle città: bene comune” dell'Health City Institute e hanno aderito a iniziative che riguardano le potenzialità e il valore della natura nelle città urbane (Urban Nature, 10 ottobre 2021).

2. Conoscere e orientarsi sui territori: le mappature. Buona parte delle ASL ha richiesto ai Comuni di censire le attività di promozione dell'attività fisica – gruppi di cammino, pedibus, ginnastica all'aperto, iniziative di sensibilizzazione e di pianificazione urbanistica per la mobilità attiva e sostenibile, interventi di riqualificazione aree gioco – di cui sono gestori diretti o che appaltano a enti del territorio.

3. Offrire gruppi di cammino per tutti. La maggior parte delle ASL ha mantenuto e curato i legami con i capi camminate e con i partecipanti ai gruppi di cammino tramite contatti telefonici, mail, gruppi WhatsApp, blog, pagine fb, strumenti di georeferenziazione, canali youtube e profili instagram aziendali. Sono stati organizzati e promossi camminate in gruppo, nordic walking, fit-walking, escursioni, passeggiate a sfondo anche culturale ed educativo, eventi formativi per diventare walking-leader. 4 ASL hanno anche realizzato gruppi di cammino per i propri dipendenti. Sono in aumento i gruppi di cammino rivolti a gestanti, neo mamme e famiglie di bambini di 0-2 anni, pazienti dei Dipartimenti di salute mentale e di patologie delle dipendenze, malati cronici, con accorgimenti differenti in base alle capacità motorie e cognitive dei partecipanti.

4. Adattare l'attività fisica. In alcune ASL sono stati realizzati interventi di attività fisica adattata (AFA), sia al chiuso (palestre) sia all'aperto (aree verdi pubbliche), in collaborazione con Università, Comuni e Associazioni del territorio, principalmente rivolti a malati oncologici, pazienti sottoposti a sedute dialitiche, donne con diabete gestazionale, bambini e giovani disabili.

SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA

In seguito all'interruzione delle attività dovuta alla gestione della pandemia da Covid-19, nel 2021 è stata riattivata la rete Safe Night Piemonte, attiva da più di 10 anni, che raggruppa tutti i progetti piemontesi in tema di prevenzione dei rischi connessi al consumo di alcol e sostanze stupefacenti nel mondo della notte. La rete si è riunita due volte e ha valorizzato le attività effettuate durante il periodo di pandemia attraverso la pubblicazione sui siti delle ASL piemontesi e sulla banca dati ProSa di un report di tali attività.

È stata effettuata la revisione e distribuzione del materiale della campagna informativa “Maneggiare con cura “ volta alla prevenzione degli incidenti domestici in età infantile.

LAVORO E SALUTE

È proseguita la ricerca di stakeholders al fine di avviare nuove collaborazioni sia interne al SSR che esterne per il perseguimento di obiettivi comuni di promozione della salute.

Il gruppo di coordinamento regionale del programma PP3 ha tenuto diversi incontri per condividere gli obiettivi del programma e della Rete WHP Piemonte (Work Health Promotion) con referenti del settore regionale Politiche del Lavoro, INAIL, Rete HPH Piemonte, referenti delle associazioni dei Medici Competenti presenti sul territorio (APAMIL-SIMLI e ANMA) e referenti della scuola di specialità di Medicina del lavoro dell'Università di Torino.

È stato rieditato il corso FAD WHP “Lavoratori e stili di vita: dall'informazione alla progettazione di interventi”, con un questionario finale per sondare le opinioni in merito all'attivazione della Rete WHP Piemonte.

A dicembre 2021 si è svolto un evento formativo con i medici competenti associati APAMIL-SIMLI, che ha coinvolto i referenti regionali del PP3 e PP6 in un webinar per i medici competenti nel quale sono stati presentati i programmi del PRP dedicati al setting ambiente di lavoro.

Quasi tutte le ASL hanno condiviso il modello di Rete WHP con i propri interlocutori interni (dipartimenti, servizi, ...) e molte di queste anche con interlocutori esterni (aziende).

Tutte le ASL hanno mantenuto o avviato progetti WHP rivolti ai propri dipendenti e/o, in alcuni casi, pensato/progettato interventi con aziende del territorio. La maggior parte delle ASL (8 su 12) ha previsto e realizzato attività a sostegno del benessere e della promozione della salute dei lavoratori in relazione al periodo pandemico, ri-orientando o proponendo nuovi progetti, per favorire lo sviluppo di conoscenze e competenze per l'assunzione di comportamenti protettivi da Covid-19 e per offrire un supporto psicologico alla condizione di forte pressione emotiva vissuta dai dipendenti.

Nel corso del 2021 sono state poste le basi per l'attuazione dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP) previsti dal PNP e per l'organizzazione del gruppo unico di coordinamento regionale e dei gruppi di lavoro tematici, da raccordare con i gruppi di lavoro tecnici già in essere.

I gruppi regionali edilizia e agricoltura-selvicoltura, operativi da anni in Piemonte, hanno contribuito alla realizzazione dei Piani regionali legati ai due comparti e hanno fornito un supporto per rispondere alle richieste giunte ai Servizi SPreSAL delle ASL da professionisti, parti sociali e datoriali.

In materia edilizia, tra le principali tematiche trattate sono emerse la sicurezza dei lavoratori che operano su funi, in alternativa alle tecniche di lavoro tradizionali, la procedura per caduta dall'alto nelle attività di lavoro dei ponteggi e dei lavoratori che utilizzano dispositivi ed attrezzature di sollevamento, la stesura delle linee di indirizzo dei requisiti degli edifici e dei locali adibiti a luoghi di lavoro (ex titolo II e allegato IV del DLgs n. 81/2008). L'attività di vigilanza è stata coordinata nell'ambito degli Organismi Provinciali di Vigilanza presenti su tutti i territori. Negli ultimi anni di crisi economica, in particolare dell'edilizia, in cui spesso vi è ricorso a manodopera straniera e prevale il lavoro autonomo, l'attuale ripresa delle attività legata anche al sistema degli incentivi economici rende più urgenti gli interventi di prevenzione e controllo. Nel settore agricolo in questi anni si è assistito ad una notevole riduzione del numero delle aziende anche se questo non ha comportato una riduzione significativa delle superfici agricole utilizzate. L'Ente paritetico per l'edilizia ha visto l'accorpamento del settore sicurezza con il settore formazione, cosa che ha ridotto le opportunità di collaborazione e di scambio di competenze, mentre sul comparto agricoltura non è ancora consolidata la presenza di un comitato paritetico di livello regionale.

Con DD n. 957 del 29/06/2021 è stato rinnovato il gruppo tecnico regionale "Rischi da agenti chimici, cancerogeni e mutageni negli ambienti di lavoro" ed è costituito il sottogruppo regionale "Rischi da agenti cancerogeni e mutageni" nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 del DLgs 81/08 (CRC). Il gruppo ha avviato il confronto per l'individuazione del percorso di realizzazione del Piano Mirato di Prevenzione.

È stata realizzata un'indagine fra gli SPreSAL delle ASL per individuare operatori con particolari esperienze e formazione nel campo dei rischi ergonomici, finalizzata alla creazione di un gruppo tecnico regionale di supporto al PMP "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico" ed è stata acquisita la disponibilità di soggetti individuati dai componenti del CRC per la costituzione del sottogruppo regionale "Patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico".

In tema di stress correlato al lavoro l'attenzione è stata focalizzata sulle recenti novità normative da integrare nelle attività istituzionali degli SPreSAL, che dovranno portare alla costituzione di un gruppo tecnico per affrontare la tematica con particolare attenzione per l'incolumità ed il benessere degli operatori sanitari e socio sanitari sul luogo di lavoro. È stato avviato un dialogo con la facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Torino.

SETTING SANITARIO: LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA CRONICITÀ

Al fine di sviluppare programmi e interventi per la riduzione del rischio per malattie croniche non trasmissibili e la presa in carico di persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, è proseguita l'attività di coordinamento tra l'ambito prevenzione e quello della cronicità. I componenti dei Nuclei Aziendali Cronicità hanno partecipato a tutti i momenti di confronto previsti a livello regionale, mentre i referenti aziendali della Prevenzione sono stati inseriti nei gruppi di lavoro aziendali per la definizione dei percorsi di salute (PDTA) per BPCO, scompenso cardiaco e malattia renale cronica previsti dai Piani Locali Cronicità. A causa della pandemia, l'implementazione dei PDTA, così come erano stati definiti nei Piani Cronicità, ha subito forti restrizioni.

Nell'ambito del progetto CCM "Sostenere il cambiamento" è stata promossa la formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorevoli la salute (counselling), destinata a pianificatori e formatori, con la partecipazione di circa 20 professionisti piemontesi.

ALIMENTI E SALUTE

Il 2021 è stato un anno di transizione necessario per ricalibrare le azioni e gli interventi già sviluppati con il precedente PRP. Si è scelto di mantenere e rafforzare attività, azioni e interventi declinati in un'ottica di prevenzione dell'insorgenza di malattie e di promozione della salute e sono stati introdotti in programmazione strumenti che rendono possibile e sostenibile l'intersectorialità. Il gruppo di coordinamento regionale è stato esteso a referenti dell'area della nutrizione

clinica, ponendo le basi per la definizione di un gruppo multidisciplinare di supporto alle attività. Tutte le ASL hanno messo in atto interventi di informazione/divulgazione sull'importanza di una dieta alimentare sana ed equilibrata anche attraverso la pubblicazione di materiale sul sito web aziendale. Tutte le ASL hanno attuato almeno un intervento coordinato di comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato tra i Servizi. Nell'ambito della formazione regionale rivolta agli operatori del controllo ufficiale, è stato realizzato il corso di formazione di primo livello su "Etichettatura dei prodotti alimentari: controllo ufficiale in materia di claims nutrizionali/salutistici ed informazioni obbligatorie" in modalità webinar in 5 giornate.

AMBIENTE, CLIMA E SALUTE

Nel 2021, l'ancora rilevante assorbimento di risorse coinvolte nella gestione della pandemia ha comportato un ridimensionamento delle richieste di impegno rivolte agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, mentre a livello centrale l'attenzione è stata rivolta prevalentemente alla programmazione pluriennale e alla conclusione di documenti regionali (Linee di indirizzo per il miglioramento della salubrità e sostenibilità degli edifici, Documento guida sulla valutazione dell'impatto sanitario - VIS).

A fine 2021 è stato istituito il Tavolo regionale Ambiente, Clima e Salute per la definizione di strategie e la gestione di interventi a tutela della salute pubblica in aree interessate da elevate pressioni ambientali e di particolare rilevanza regionale.

L'inizio del decennio costituisce, inoltre, il punto di partenza della programmazione non solo per quanto attiene la prevenzione, ma anche per gli ambiti di interesse di altre Direzioni regionali (Ambiente, Trasporti), interlocutori privilegiati con i quali sono state avviate collaborazioni in merito alla redazione dei rispettivi documenti di interesse comune (Strategia di Sviluppo Sostenibile, Piano Trasporti ecc.).

CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA (AMR), PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

Sono proseguite le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Gli obiettivi di rafforzamento delle ISRI dedicate alle attività territoriali sembrano, comprensibilmente, spesso non attuati e non è ancora del tutto definito l'obiettivo di incardinare nelle Direzioni Aziendali la funzione ICA/AMR. Anche l'obiettivo regionale di avviare la sperimentazione dell'informatizzazione di laboratori ha subito qualche ritardo. È in conclusione la fase di disegno del sistema e valutazione dei costi.

In tutte le ASL sono state garantite, oltre alle attività fondamentali per la gestione dell'epidemia, le attività routinarie di sorveglianza delle malattie infettive e delle sorveglianze speciali, in accordo con le relative indicazioni regionali. La notifica delle malattie infettive è proseguita regolarmente secondo il DM 15 dicembre 1990; è in corso il passaggio alla piattaforma informatica PreMal, sviluppata dal Ministero della Salute. Le attività di vaccinazione dell'infanzia e delle persone a rischio per età o patologia sono proseguite in tutte le ASL e sono state monitorate attraverso i sistemi propri (SIRVA). Il PRP deve tener conto anche di piani specifici, come il "Piano per le Malattie trasmesse da vettori", quello di "Preparazione e risposta a Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu)", il "Piano nazionale di interventi contro Hiv e Aids" e il Piano vaccini. Un grande sforzo è stato rivolto a coordinare le attività che afferiscono ai diversi Piani e i soggetti che se ne occupano, per non sovrapporre e duplicare azioni simili.

SCREENING ONCOLOGICI

L'attivazione delle prestazioni aggiuntive negli ultimi mesi del 2021 ha permesso di recuperare una parte del volume di inviti persi a causa della pandemia, con una estrema variabilità tra le diverse aziende: alcune hanno completamente recuperato il ritardo, mentre altre hanno ritardi di oltre 6 mesi.

Per minimizzare l'impatto del ritardo, sono stati introdotti criteri per la definizione di priorità di invito in base al rischio. Per lo screening della cervice è stata programmata una estensione dell'intervallo (da 5 a 6 anni) per le donne con precedente test HPV negativo, dato che la protezione è mantenuta per almeno 6 anni. Per lo screening del colon-retto è stata programmata una estensione dell'intervallo (da 2 a 3 anni) per le persone con precedenti test con livelli di emoglobina fecali al di sotto del livello di rilevabilità (a basso rischio in base alla letteratura). Inoltre verrà garantito un invito anche alle persone vicine al limite di età di uscita dallo screening (anche se la data di invito fosse superiore alla data di compimento dell'età prevista per l'uscita dal programma).

Per il programma con sigmoidoscopia, nel 2021, la coorte annuale è stata randomizzata in proporzione 1:1 a sigmoidoscopia e sangue occulto. Per il programma di screening con sangue occulto (FIT) si registra ancora un ritardo di 2-3 mesi di attività standard. Per il programma mammografico il ritardo è di circa 5 mesi di attività standard. Per il programma di screening della cervice il ritardo è di circa 6 mesi di attività standard; il fabbisogno di attività è in calo, perché il passaggio al test HPV ha come conseguenza un allungamento degli intervalli di screening (da 3 a 5 anni), con una riduzione del numero di donne da invitare per ciascun anno.

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

Denominazione Progetto: Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale Prevenzione per gli anni 2021-2025

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:

- 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.

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).

Denominazione Progetto: Linea di supporto al Piano regionale di prevenzione

Osservatorio nazionale Screening (ONS)

Il decreto del ministro della Salute del 25 novembre 2004 (articolo 2 bis della legge 138 del 2004) individua l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) come strumento tecnico a supporto del Ministero e delle Regioni, per:

- il monitoraggio dei programmi di screening per il tumore della mammella, del colonretto e della cervice uterina,
- per il miglioramento continuo della qualità,
- per la formazione specifica,
- promozione della ricerca applicata a questo ambito.

Nel 2021, le Regioni si sono avvalse del contributo dell'ONS per le seguenti attività.

Convocazione e gestione del Consiglio Direttivo ONS

Il 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 2021 il Consiglio Direttivo si è riunito nelle seguenti sedute: 29/01/2021, 04/03/2021, 08/04/2021, 07/06/2021, 09/07/2021, 27/09/2021. I verbali delle riunioni sono conservati presso la segreteria ONS.

Attività di monitoraggio attraverso indicatori: rendicontazione NSG e adempimenti

L'ONS conduce ogni anno (usufruendo anche del supporto delle società scientifiche di settore 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 all'Ufficio 8° Settore Prevenzione del Ministero della Salute tutta la documentazione necessaria e supporto tecnico nel caso di inadempienze degli indicatori. A questo proposito, nel 2021 sono stati pubblicati sul sito ONS i rapporti brevi relativi alla attività del 2019.

Linee Guida Italiane per lo Screening Mammografico

Sono proseguiti i lavori iniziati nel 2020 e sono state votate le raccomandazioni del pacchetto di PICO su fasce e intervalli in fase attuale di peer-review propedeutica alla pubblicazione. Sono in corso le attività dei PRU sul pacchetto tomosintesi (test di screening e nei seni densi), su quello diagnostica, staging e test genomici e quello sulla

comunicazione. 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 delle riunioni del gruppo di coordinamento, del comitato tecnico scientifico, delle singole PRU, delle plenarie del panel e delle relative votazioni.

Monitoraggio dello screening durante la pandemia da SARS-COV-2

Nel corso del 2021, l'ONS ha continuato la sua attività di monitoraggio degli screening misurando quantitativamente, attraverso specifici indicatori, il ritardo accumulato e la velocità di ripartenza, producendo 2 survey. I report, pubblicati sul sito dell'ONS, sono i seguenti: Rapporto sulla ripartenza degli screening – periodo gennaio-dicembre 2020; Rapporto sulla ripartenza degli screening – periodo gennaio 2020-maggio 2021.

Supporto per l'elaborazione dei programmi liberi per lo screening oncologico nell'ambito del PNP

L'ONS ha elaborato una serie di indicazioni per la compilazione dei programmi liberi per lo screening oncologico organizzato nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. Tali indicazioni sono state disseminate a tutti i coordinamenti regionali di screening e sono state rese disponibili sul portale del Ministero su cui tali programmi vanno caricati. Sempre in funzione del suddetto piano l'ONS ha emanato un documento di indirizzo per l'ingresso nello screening del carcinoma della cervice uterina delle ragazze di 25 anni vaccinate contro il Papilloma virus a cui le Regioni possono attenersi per le progettualità di attuazione di questo specifico intervento. Anche in questo caso la nota è disponibile sul portale del Ministero.

Gruppo Inter-screening di Comunicazione

Sono proseguiti i lavori del Gruppo Inter-screening di Comunicazione che ha dato il proprio contributo rispetto alla elaborazione di indicazioni e materiali informativi di supporto alle azioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 relativamente a screening cervicale nelle donne vaccinate contro l'HPV entro il 15° anno di età. Sono inoltre iniziati i lavori per l'elaborazione delle 100 domande sullo screening mammografico.

Collaborazioni con altri Enti ed Istituzioni

L'ONS ha collaborato assieme ad AIOM ed AIRTUM alla stesura del volume I Numeri del Cancro 2021 la cui presentazione è avvenuta il 22 ottobre 2021. Gli argomenti di screening trattati sono stati l'impatto della pandemia sulla attività di screening oncologico organizzato e un aggiornamento sull'andamento dei programmi nel 2019.

ONS ha inoltre dato il proprio contributo alla realizzazione di un capitolo su screening e pandemia nell'ambito del 13° Rapporto sulla Condizione del Malato Oncologico curato della FAVO.

Nell'ambito della Joint Action iPAAC l'ONS ha partecipato alla disseminazione a livello europeo delle buone pratiche producendo una "One-Pagers" in cui sono illustrate le funzioni e le caratteristiche del network. Sempre in questo ambito l'ONS ha dato il proprio contributo alla realizzazione del Local Stakeholder Forum Italiano della Joint Action iPAAC in cui si è discusso delle prospettive e priorità di intervento nel controllo del cancro.

È inoltre cominciata la collaborazione nell'ambito del Collaborator User Board del progetto europeo CBIG-Screen project volto ad individuare le barriere alla partecipazione ai programmi di screening cervicale e a definire interventi adeguati per la promozione della partecipazione a questo screening.

Piano Nazionale di Prevenzione Oncologica

In data 27 aprile 2021 il Decreto della Programmazione e Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute ha istituito il Tavolo di lavoro inter-istituzionale con il compito di elaborare un documento di pianificazione ed indirizzo per la prevenzione oncologica con l'obiettivo di migliorare il percorso complessivo di contrasto alla patologia oncologica dalla prevenzione alla diagnosi precoce e alla presa in carico globale del malato oncologico. Presso questo tavolo è stato istituito un Gruppo di Lavoro sulla "Prevenzione Sostenibile del Cancro" nell'ambito del quale ONS ha coordinato il sottogruppo Screening Oncologico. Il sottogruppo ha quindi fornito al Ministero della Salute un documento dove sono stati fissati gli obiettivi strategici, le azioni, gli interventi e gli indicatori per la misurazione dei risultati.

Gruppo di lavoro su Farmacie e screening coloretale

Presso ONS è stato istituito un gruppo di lavoro con l'obiettivo di mappare gli accordi regionali in essere e quelli in fase di definizione sul Progetto Farmacie dei Servizi e screening coloretale con l'obiettivo di individuare punti di forza e criticità. Lo scopo ultimo è quello di individuare, nell'ambito dei singoli accordi, le soluzioni più adeguate per l'implementazione degli accordi futuri e per il miglioramento di quelli in essere.

Gestione del sito

L'ONS ha provveduto alla revisione dell'impostazione del sito modificando alcune sezioni mantenendo sempre un'attenzione particolare al monitoraggio degli screening durante la pandemia. Ha inoltre gestito, tramite il Comitato di redazione, l'invio delle newsletter di aggiornamento.

Organizzazione e gestione

Per la realizzazione di tutte le azioni sopra menzionate l'ONS si avvale di una struttura segretariale che ha il compito di supportare organizzativamente il Consiglio Direttivo dell'ONS e i singoli gruppi di lavoro, di redigere i verbali, di gestire le riunioni del comitato di redazione del sito, di fornire supporto per la redazione di atti amministrativi.

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".

Dal 16 al 18 novembre 2021 si è svolta, su piattaforma virtuale, la Conferenza Scientifica 2021 dell'ENCR (European Network of Cancer Registries), la rete europea dei registri tumori, organizzata dal Joint Research Centre (JRC) della Commissione Europea; l'evento ha rappresentato un'opportunità offerta ai registri tumori europei per condividere risultati di ricerca, discutere questioni relative alla registrazione dati, scambiare idee e confrontarsi in merito a pratiche di registrazione, interagire e presentare i risultati del proprio lavoro epidemiologico. Nel corso della conferenza sono stati presentati i risultati dei dati raccolti mediante questionario, relativi all'impatto della pandemia Covid-19 sulle attività dei registri tumori europei. L'AIRTUM ha presentato i poster "Decreasing thickness and enhanced therapy have both contributed to the 2010s increase in survival from melanoma in Italy" e "Estimation of cancer burden".

A novembre (3-4-5/11/2021) si è tenuto a Napoli il corso di formazione avanzata su Georeferenziazione e Disease Mapping, che ha trattato i seguenti temi: disease mapping; ecological regression; disease clustering-cluster detection; focused clustering.

Nei giorni 12-13-14 maggio 2021 si è svolto (interamente on line) il convegno GRELL (Gruppo per l'epidemiologia e la registrazione dei tumori nei paesi di lingua latina) per il 2021, organizzato dal Registro nazionale del Lussemburgo. In tale occasione è stata oggetto di una presentazione orale la ricerca "Risk of thyroid as a first or second primary cancer. A population-based study in Italy, 1998-2012" a cura del gruppo di lavoro AIRTUM.

È stato pubblicato a ottobre 2021 il volume "I numeri del cancro in Italia 2021" a cura di Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), Gruppo di Lavoro dei Registri Tumori Italiani, Società Italiana di Anatomia Patologica e di Citologia Diagnostica (SIAPEC-IAP), Fondazione AIOM, sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento (PdA) dell'ISS e Osservatorio Nazionale Screening (ONS). L'edizione 2021 è stata pubblicata in un unico volume per professionisti e pazienti. A differenza delle precedenti edizioni, non è stato possibile stimare il numero di tumori diagnosticati nel 2021 per l'inadeguatezza dei modelli statistici a gestire le numerose incertezze determinate dall'avvento della pandemia; inoltre, solo una parte dei registri tumori italiani ha fornito dati per questa edizione, a causa della riorganizzazione della rete nazionale dei registri tumori. Il volume mantiene i dati di incidenza invariati rispetto al 2020 e dà più spazio alla rivalutazione dei dati di sopravvivenza, con dati analizzabili fino al 2018, e mortalità. D'altro canto, SIAPEC, ONS, PASSI e PASSI d'Argento hanno potuto contribuire con ulteriori dati aggiornati.

Network Italiano Evidence-based prevention (NIEBP)

Il Network Italiano Evidence-Based Prevention (NIEBP), la cui struttura di coordinamento centrale è attualmente presso l'Agenzia Regionale di Sanità (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.

In coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021, la Regione Piemonte ha avviato la definizione dell'Accordo di collaborazione con ARS Toscana, poi siglato nel 2022, per l'approvazione del progetto "Supporto del NIEBP al Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025".

Nel 2021 il NIEBP ha proseguito l'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. La disseminazione dei contenuti è affidata alla newsletter trimestrale (2 numeri nel 2021: giugno e ottobre), inviata a circa 300 utenti con un tasso di apertura del 38%.

Nel 2021 sono state pubblicate 19 schede di sintesi delle revisioni sistematiche e 1 scheda intervento sui temi del piano nazionale della prevenzione e degli interventi di prevenzione efficaci e trasferibili.

È stata messa a punto la 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.

Nell'ambito dell'attività di formazione specifica sull'utilizzo delle evidenze contenute all'interno del sito e per la costruzione di indicatori di monitoraggio e impatto e valutazione di trasferibilità ed efficacia di progetti, si è svolto il 23 marzo 2021 il webinar "Orientarsi nella scelta di interventi in prevenzione" rivolto a tutte le regioni italiane.

Tabella A
Personale USCA 2021 (personale e ore)

N. USCA	Data monitoraggio	Personale medico (n. unità)					Totale ore settimanali assegnate	Personale di supporto - (n. unità)				Totale ore settimanali assegnate	Note
		MCA	Medici in corso di formazione MMG	laureati in medicina e chirurgia	specialisti ambulatoriali	Totale unità		Infermieri	Assistenti sociali	Psicologi (1)	Dirigenti medici del distretto, personale amministrativo e OSS		
86	19/12/2021	246	162	279	21	627	9.786	95	25	6	61	3.671	
86	19/11/2021	244	165	277	20	625	9.620	95	24	6	61	3.672	
86	22/10/2021	247	158	282	21	626	10.333	95	24	6	61	3.597	
86	20/09/2021	249	151	277	19	629	10.146	95	25	6	61	3.754	
86	16/08/2021	262	139	284	18	635	9.896	98	25	6	64	4.084	
86	16/07/2021	267	134	291	19	625	10.838	98	30	6	64	4.337	
86	16/06/2021	280	131	293	19	657	12.536	98	29	6	64	4.451	
86	14/05/2021	251	197	299	20	595	12.776	98	29	6	64	4.529	
86	19/04/2021	277	135	306	20	677	15.210	98	30	6	64	4.348	
86	19/03/2021	263	140	301	21	670	15.178	98	30	4	64	4.366	
86	19/02/2021	247	137	312	25	673	14.714	98	30	3	61	4.102	
86	17/01/2021	233	129	277	10	665	15.616	98	21	1	53	3.565	

Tabella B Pazienti in carico 2021

TOTALE REGIONE	Distretti	USCA	Gennaio 2021				Febbraio 2021				Marzo 2021						
			N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)		N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)		N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)		N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)		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	post ricovero ospedaliero	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA	post ricovero ospedaliero	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA			
33	86	146	2.628	1.143	1.797	506	129	2.677	498	1.522	204	356	7.527	403	3.725	342	
TOT		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		pz. Sintomatici		n. utenti seguiti/in carico	
TOT		6.220		n. utenti seguiti/in carico		5.030		n. utenti seguiti/in carico		12.353		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		n. utenti seguiti/in carico	

TOTALE REGIONE	Distretti	USCA	Aprile 2021				Maggio 2021				Giugno 2021						
			N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)		N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)		N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)		N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)		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	post ricovero ospedaliero	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA	post ricovero ospedaliero	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA			
33	86	389	6.179	320	2.062	163	109	2.238	121	934	184	19	439	17	324	174	
TOT		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico	
TOT		9.113		n. utenti seguiti/in carico		3.586		n. utenti seguiti/in carico		973		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		n. utenti seguiti/in carico	

TOTALE REGIONE	Distretti	USCA	Luglio 2021				Agosto 2021				Settembre 2021						
			N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)		N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)		N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)		N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)		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	post ricovero ospedaliero	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA	post ricovero ospedaliero	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA			
33	86	6	348	2	276	134	27	587	20	410	185	38	578	52	435	131	
TOT		pz. Covid con tampone effettuato		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico	
TOT		766		n. utenti seguiti/in carico		1.229		n. utenti seguiti/in carico		1.234		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		n. utenti seguiti/in carico	

TOTALE REGIONE	Distretti	USCA	Ottobre 2021				Novembre 2021				Dicembre 2021						
			N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)		N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)		N. casi/pazienti COVID seguiti (diagnosi effettuata) (1)		N. casi/pazienti che segnalano sintomi da COVID seguiti (1)		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	post ricovero ospedaliero	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA	post ricovero ospedaliero	in isolamento/sovveglianza a domicilio/dimora	in RSA			
33	86	30	787	38	531	164	48	1.317	84	756	189	185	4.594	93	1.943	222	
TOT		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici		pz. diagnosi di Covid		n. utenti seguiti/in carico	
TOT		1.550		n. utenti seguiti/in carico		Novembre 2021		TOT		n. utenti seguiti/in carico		7.037		n. utenti seguiti/in carico		pz. Sintomatici	

Note (1) Il dato riguarda il numero dei pazienti presi in carico e seguiti in ciascun mese (non il numero dei singoli interventi, quali visite, contatti telefonici, monitoraggio, ecc.)