

Deliberazione della Giunta Regionale 21 novembre 2024, n. 13-401

Preso d'atto e recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 264/CSR e n. 265/CSR del 09/11/2023, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2023. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2023 assegnate con DGR n. 9-7070 del 20/06/2023 e s.m.i. e preso d'atto della rendicontazione illustrativa degli obiettivi di PSN anno 2022. Rettifica per mero errore materiale e allineamento importi assegnati per gli obiettivi PSN 2019-2022 con le D.G.R. n. 8-1783/2020, n. 08-3583/2021, n. 21-4784/2022, n. 6-8134/2024.



Seduta N° 28

Adunanza 21 NOVEMBRE 2024

Il giorno 21 del mese di novembre duemilaventiquattro alle ore 14:10 si è svolta la seduta della Giunta regionale in via straordinaria, in modalità telematica, ai sensi della D.G.R. n. 1-8208 del 26 febbraio 2024 con l'intervento di Alberto Cirio Presidente e degli Assessori Paolo Bongioanni, Enrico Bussalino, Marina Chiarelli, Marco Gabusi, Marco Gallo, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Federico Riboldi, Andrea Tronzano, Gian Luca Vignale con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: gli Assessori
Elena CHIORINO

DGR 13-401/2024/XII

OGGETTO:

Preso d'atto e recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 264/CSR e n. 265/CSR del 09/11/2023, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2023. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2023 assegnate con DGR n. 9-7070 del 20/06/2023 e s.m.i. e preso d'atto della rendicontazione illustrativa degli obiettivi di PSN anno 2022. Rettifica per mero errore materiale e allineamento importi assegnati per gli obiettivi PSN 2019-2022 con le D.G.R. n. 8-1783/2020, n. 08-3583/2021, n. 21-4784/2022, n. 6-8134/2024.

A relazione di: Riboldi

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

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

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

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

Visto 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”*.

Vista 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.

Vista l'Intesa Rep. Atti n. 264/CSR, del 09/11/2023, 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 2023.

Visto l'Accordo Rep. Atti n. 265/CSR, del 09/11/2023, 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 2023.

Preso atto che i citati accordi per le annualità 2022-2023 assegnano alla Regione Piemonte le seguenti risorse vincolate di Piano Sanitario Nazionale:

	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa 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 2022	8.102.774	19.446.657	38.851.525	66.400.956
Esercizio 2023	8.097.081	19.432.994	36.775.176	64.305.251

Vista la D.G.R. n. 12-2524 del 11/12/2020 avente per oggetto “Recepimento dell’Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, n. 127/CSR del 6 agosto 2020, concernente il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025”.

Vista la D.G.R. n. 16-4469 del 29 dicembre 2021 di Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell’11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione.

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

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

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

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

Dato atto che con D.G.R. n. 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.

Dato atto che con D.G.R. n. 6-8134 del 02/02/2024 sono state approvate le schede di progetto regionali del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2022, le cui risorse sono state assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 37-6640 del 21/03/2023 e s.m.i..

Dato atto che le risorse vincolate relative ai Progetti Obiettivo di PSN 2023 sono state assegnate agli Enti del Servizio Sanitario Regionale con D.G.R. n. 9-7070 del 20/06/2023 e successiva rimodulazione con D.G.R. n. 20-8466 del 22 aprile 2024.

Precisato che nel definire i Progetti Obiettivo di PSN 2022 e 2023 si è tenuto conto, tra l'altro, del rispetto dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:

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

Dato atto che le attività rendicontate per l'anno 2022 sono coerenti con gli atti regionali di indirizzo e programmazione come sopra richiamati.

Precisato che per l'anno 2022 la spesa del SSR concernente il supporto ai tre network (ONS AIRTUM NIEBP), pari complessivamente a euro 97.233 (quota parte della linea nazionale degli obiettivi da PSN vincolati pari a euro 19.446.657), è stata accantonata nel bilancio d'esercizio 2022 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 2023 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2023 possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2023	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità	36.499.483,00	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000,00	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	8.102.774,00	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.432.994,00	A1409D - Prevenzione e Veterinaria
TOTALE COMPLESSIVO PSN	64.305.251,00	

Dato atto altresì che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2023 a valere su altre risorse regionali possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere su altre risorse regionali D.G.R 4 maggio 2023, n. 4-6815; D.G.R. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)	Settori regionali competenti
5 - La tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale territorio - Telemedicina	3.500.000,00	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari A1416D - Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
6 - Realizzazione del numero europeo armonizzato per le cure non urgenti 116117	3.898.733,00	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari

Ritenuto di approvare la specifica relazione nell'allegato 4) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, ai sensi dei sopracitati accordi, che illustra per l'anno 2022 i risultati raggiunti, per singolo progetto, e degli stati di avanzamento in coerenza ai provvedimenti regionali di riferimento approvati con la D.G.R. n. 6-8134 del 02/02/2024 e D.G.R. n. 37-6640 del 21/03/2023 di assegnazione delle relative risorse.

Rilevato che:

- la D.G.R. n. 8-1783 del 31 luglio 2020, per mero errore di arrotondamento dei decimali, ha riportato in allegato 3) negli importi di alcuni dei progetti approvati dei disallineamenti complessivi pari a -1,00 euro come di seguito riportato:

LINEA PROGETTUALE “Obiettivi PSN 2019”		Titolo del progetto per esteso	Importo indicato in DGR	Importo corretto	Differenziale
Linea 1)A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA'	sviluppo dei modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	55.487.900,00	55.487.903,00	3,00
Linea 3)A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.063.738,50	4.063.736,50	-2,00
Linea 3)B	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica		4.063.738,50	4.063.736,50	-2,00
Delta in euro					-1,00

- la D.G.R. n. 08-3583 del 23 luglio 2021, per mero errore materiale, fermo restando gli importi delle linee

progettuali 2020 ha riportato un importo totale complessivo disallineato, pari a 660,00 euro, come di seguito riportato:

	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 2020 (DGR 8-3583/2021)	8.107.183,00	19.457.240,00	55.220.804,00	82.785.887,00
Esercizio 2020 Effettivo	8.107.183,00	19.457.240,00	55.220.804,00	82.785.227,00
Delta	0,00	0,00	0,00	660,00

- la D.G.R. n. 08-3583 del 23 luglio 2021, per mero errore di arrotondamento dei decimali, ha riportato in allegato 3) negli importi di alcuni dei progetti approvati dei disallineamenti complessivi pari a 2,00 euro come di seguito riportato:

LINEA PROGETTUALE "Obiettivi PSN 2020"		Titolo del progetto per esteso	Importo indicato in DGR	Importo corretto	Differenziale
Linea 1)A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA'	sviluppo dei modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	54.950.801,00	54.955.804,00	3,00
Linea 3)A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.053.592,00	4.051.091,50	-0,5
Linea 3)B		sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.053.592,00	4.051.091,50	-0,5

Delta in euro

2,00

- la D.G.R. n. 21-4784 del 18 marzo 2022, per mero errore di arrotondamento dei decimali, ha riportato in allegato 3) negli importi di alcuni dei progetti approvati dei disallineamenti complessivi pari a 0,00 euro come di seguito riportato:

LINEA PROGETTUALE "Obiettivi PSN 2021"		Titolo del progetto per esteso	Importo indicato in DGR	Importo corretto	Differenziale
Linea 1)A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA'	sviluppo dei modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	32.873.818,00	32.873.819,00	1,00

Linea 3)A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.058.418	4.058.417,5	-0,5
Linea 3)B	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.058.418	4.058.417,5	-0,5
Delta in euro				0,00	

- la D.G.R. n. 6-8134 del 2 febbraio 2024, per mero errore materiale non ha recepito in allegato 3) gli importi del riparto definitivo indicato in tabella B) della D.G.R. n. 37-6640 del 21 marzo 2023 per la seguente linea progettuale:

LINEA PROGETTUALE “Obiettivi PSN 2022”		Titolo del progetto per esteso	Importo indicato in DGR	Importo corretto	Differenziale
Linea 3)A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.048.540,00	4.051.387,00	2.847,00
Linea 3)B	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.048.540,00	4.051.387,00	2.847,00
Delta in euro				5.694,00	

Dato atto che le linee progettuali che sono state implementate e realizzate a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2019-2022, come da rendicontazione approvato con gli specifici provvedimenti di giunta regionale (D.G.R. n. 8-1783/2020, n. 08-3583/2021, n. 21-4784/2022, n. 6-8134/2024, e presente provvedimento), possono essere suddivise tra le Linee Progettuali come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2019	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2020	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2021	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2022	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti multicronicità	59.866.448	54.955.804	32.873.819	38.581.525	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000	270.000	270.000	270.000	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
3 - Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della	8.127.473	8.102.183	8.116.835	8.102.774	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari

terapia del dolore in area pediatrica					
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.505.935	19.457.240	19.480.404	19.446.657	A1409B - Prevenzione e Veterinaria
5 - Tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale – territorio	0	0	0	0	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari A14016C - Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
TOTALE COMPLESSIVO	87.769.856	82.785.227	60.741.058	66.400.956	

Visto quanto disposto dal Titolo II del d.lgs. n. 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.

Attestato che, ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024, il presente provvedimento non comporta ulteriori effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

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

1) di prendere atto e recepire l'Intesa Rep. Atti n. 264/CSR, del 09/11/2023, 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 2023, allegato 1) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;

2) di prendere atto e recepire l'Accordo Rep. Atti n. 265/CSR, del 09/11/2023, 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 2023, 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 2023 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 2023 in attuazione della D.G.R. n. 9-7070 del 20 giugno 2023 di riparto del fondo sanitario nazionale e successiva rimodulazione con D.G.R. n. 20-8466 del 22 aprile 2024;

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 2023 nel bilancio d'esercizio 2023;

5) di approvare la relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno 2022, nonché degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, nell'allegato 4) al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, in coerenza con le schede progettuali approvate con D.G.R. n. 6-8134 del 02/02/2024 e D.G.R. n. 37-6640 del 21/03/2023 di assegnazione delle relative risorse;

6) di modificare, per le motivazioni riportate in premessa, i provvedimenti regionali relativi agli obiettivi PSN 2019-2022 come di seguito riportato:

- in allegato 3) della D.G.R. n. 8-1783 del 31 luglio 2020 sono modificati gli importi complessivi dei seguenti progetti 2019:

LINEA PROGETTUALE "Obiettivi PSN 2019"		Titolo del progetto per esteso	Importo indicato in DGR	Importo aggiornato con il presente provvedimento	Differenziale
Linea 1)A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO PERSONALIZZATO PAZIENTI MULTICRONICITA'	E PER sviluppo dei modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	55.487.900,00	55.487.903,00	3,00
Linea 3)A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE	e implementazione della rete della terapia del dolore	4.063.738,50	4.063.736,50	-2,00
Linea 3)B	E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.063.738,50	4.063.736,50	-2,00

Delta in euro

-1,00

- nella D.G.R. n. 08-3583 del 23 luglio 2021, fermo restando gli importi delle linee progettuali 2020, si modifica l'importo complessivo, come di seguito riportato:

	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 2020 (DGR 8-3583/2021)	8.107.183,00	19.457.240,00	55.220.804,00	82.785.887,00
Esercizio 2020 Aggiornato con il presente provvedimento	8.107.183,00	19.457.240,00	55.220.804,00	82.785.227,00
Delta	0,00	0,00	0,00	660,00

- in allegato 3) della D.G.R. n. 08-3583 del 23 luglio 2021 sono modificati per mero errore materiale gli importi complessivi dei seguenti progetti 2020:

LINEA PROGETTUALE “Obiettivi PSN 2020”		Titolo del progetto per esteso	Importo indicato DGR	in	Importo aggiornato con il presente provvedimento	Differenziale
Linea 1)A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO PERSONALIZZATO PAZIENTI MULTICRONICITA’ E PER	sviluppo dei modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	54.950.801,00		54.955.804,00	3,00
Linea 3)A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.053.592,00		4.051.091,50	-0,5
Linea 3)B		sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.053.592,00		4.051.091,50	-0,5
Delta in euro						2,00

- in allegato 3) della D.G.R. n. 21-4784 del 18 marzo 2022 sono modificati per mero errore materiale gli importi complessivi dei seguenti progetti 2021:

LINEA PROGETTUALE “Obiettivi PSN 2021”		Titolo del progetto per esteso	Importo indicato DGR	in	Importo aggiornato con il presente provvedimento	Differenziale
Linea 1)A	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO PERSONALIZZATO PAZIENTI MULTICRONICITA’ E PER	sviluppo dei modelli di gestione della cronicità per la presa in carico dei pazienti in modo uniforme nel territorio regionale	32.873.818,00		32.873.819,00	1,00
Linea 3)A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.058.418		4.058.417,5	-0,5
Linea 3)B		sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.058.418		4.058.417,5	-0,5
Delta in euro						0,00

- in allegato 3) della D.G.R. n. 6-8134 del 2 febbraio 2024 sono modificati per mero errore materiale gli importi complessivi dei seguenti progetti 2022:

LINEA PROGETTUALE “Obiettivi PSN 2022”		Titolo del progetto per esteso	Importo indicato in DGR	Importo aggiornato con il presente provvedimento	Differenziale
Linea 3)A	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE	costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore	4.048.540,00	4.051.387,00	2.847,00
Linea 3)B	E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	4.048.540,00	4.051.387,00	2.847,00

Delta in euro

5.694,00

7) che le linee progettuali che sono state implementate e realizzate a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato 2019-2022, come da rendicontazione approvato con gli specifici provvedimenti di giunta regionale (D.G.R. n. 8-1783/2020, n. 08-3583/2021, n. 21-4784/2022, n. 6-8134/2024, e presente provvedimento), sono suddivise tra le Linee Progettuali come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2019	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2020	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2021	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2022	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti multicronicita'	59.866.448	54.955.804	32.873.819	38.581.525	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000	270.000	270.000	270.000	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
3 - Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	8.127.473	8.102.183	8.116.835	8.102.774	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione	19.505.935	19.457.240	19.480.404	19.446.657	A1409B - Prevenzione e Veterinaria
5 - Tecnologia sanitaria innovativa come strumento di integrazione ospedale – territorio	0	0	0	0	A14013C - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari A14016C - Controllo di gestione,

					sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
TOTALE COMPLESSIVO	87.769.856	82.785.227	60.741.058	66.400.956	

8) che il presente provvedimento non comporta ulteriori effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della legge regionale n. 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-401-2024-All_1-All_1_CSR-264-9nov2023_(Intesa).pdf
2. DGR-401-2024-All_2-All_2_CSR-265-9nov2023_(Accordo).pdf
3. DGR-401-2024-All_3-All3_Ob.PSN23_vdef.pdf
DGR-401-2024-All_4-All_4_Rendiconto_2022_def.pdf
- 4.



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, e successive modificazioni, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2023.

Rep. atti n. 264/CSR del 9 novembre 2023.

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

Nella seduta del 9 novembre 2023:

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con 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 comma 34-bis, e successive modificazioni, del medesimo articolo;

VISTO il citato comma 34-bis, 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 del 6 novembre 2023, acquisita con protocollo DAR n. 24819 e diramata, in pari data, con prot. DAR n. 24849, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso 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 2023, allegato al presente atto (allegato A), di cui costituisce parte integrante;

VISTA la nota del 9 novembre 2023, acquisita con protocollo DAR n. 25156 e diramata in pari data con prot. DAR n. 25174, con la quale il Coordinamento della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha comunicato il parere favorevole, espresso all'unanimità, segnalando "ai Ministeri competenti la necessità di procedere tempestivamente all'aggiornamento dell'ammontare delle anticipazioni mensili di cassa ed al conguaglio delle mensilità pregresse, al fine di consentire alle Regioni ed alle Province autonome di disporre con immediatezza della necessaria ed adeguata liquidità";

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 all'intesa sulla proposta in esame, con la segnalazione contenuta nell'allegato documento (allegato B), che costituisce parte integrante del presente atto;



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

nei termini di cui in premessa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPESS relativa alla ripartizione alle Regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2023.

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 CIPESS

OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2023: 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 (CIPESS) delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente, il Comitato medesimo, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provveda a ripartire tra le regioni le quote vincolate di che trattasi.

La presente proposta di riparto è relativa ai progetti per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale relativi all'anno 2023, 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 2023 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.500,00 mln di euro**.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **794,178 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 705,822 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;
- **1,668 mln di euro** per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2021;
- **1,306 mln di euro** per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni erogate in favore dei minori STP nell'anno 2022;
- **0,248 mln di euro** a titolo di conguaglio degli importi assegnati all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù per il rimborso delle prestazioni erogate in favore dei minori STP dall'anno 2018 all'anno 2020.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la rimanente somma di **366,600 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 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) **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;
- d) **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;
- e) **38,500 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 successivamente modificato e come modificato, da ultimo, dall'articolo 4, comma 7 del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito con legge 24 febbraio 2023, n. 14, da ripartire con apposito decreto del Ministro della salute;
- f) **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, e per come stabilito con il Decreto ministeriale 19 aprile 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 13 giugno 2023, Serie Generale n. 136;
- g) **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;

- h) **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 e come da decreto ministeriale 30 marzo 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 24 maggio 2023, Serie generale n. 120;
- i) **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;
- j) **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;
- k) **5 mln di euro** destinati al finanziamento dei progetti regionali sulla cefalea primaria cronica in attuazione del Decreto ministeriale 23 marzo 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale in data 19 luglio 2023, Serie Generale n. 167;
- l) **25 mln di euro** destinati all'attuazione del Piano nazionale malattie rare 2023-2026 ed al Riordino della rete nazionale delle malattie rare di cui all'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 24 maggio 2023 (Rep. Atti n. 121/CSR);
- m) **40 mln di euro** destinati all'attuazione delle misure e degli interventi previsti nel Piano di contrasto all'antimicrobico-resistenza 2022-2025 ai sensi dell'articolo 1, comma 529, della legge n. 197/2022;
- n) **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 **794,178 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 2023

1.500.000.000	Importo iniziale
-1.500.000	in favore del Centro Nazionale Sangue (L. 205/2017, art. 1, c. 439)
-10.000.000	malattie delle migrazioni e della povertà Istituto Nazionale Migranti e Povertà (INMP) (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
-1.668.177	finanziamento prestazioni ricovero dell'OPBG 2021 a favore dei minori STP
-1.305.620	finanziamento prestazioni ricovero dell'OPBG 2022 a favore dei minori STP
-247.994	conguaglio per prestazioni dell'OPBG a favore dei minori STP erogate dal 2018 al 2020
-336.000.000	fondo farmaci innovativi (art. 1, c. 401-bis, L. 232/2016)
-38.500.000	finanziamento di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2017, n. 172 e d.l. 198/2022 (art. 4, comma 7 e 8)
-8.000.000	finanziamento in favore delle Università statali a titolo di concorso alla copertura degli oneri connessi all'uso dei beni destinati alle attività assistenziali secondo le condizioni dettate dall'art. 25, comma 4-ovies, del 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 (L. 197/2022, art. 1, cc. 53-53-534) (cecedono tutte le regioni)
-5.000.000	DM cefalee
-60.000.000	Contributo di solidarietà alla Regione Calabria (art. 6, D.L. 150/2020)
-2.600.000	Proroga finanziamento REMS provvisoria Genova Pra e arrivo REMS di Calice al Cornoviglio (SP) - D.L. n. 17/2022 art. 32
-25.000.000	Malattie rare
-7.000.000	Progetto per produzione medicinali emoderivati in favore del Ministero della salute (art. 19 della legge 118/2022)
-40.000.000	PN CAR 2022-2025 (Art. 1, comma 529, Legge n. 197/2022)
794.178.219	Importo da ripartire tra le regioni

REGIONI	Popolazione al 01.01.2022	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	4.256.350	4.256.350	61.402.916	-	2.902.335	64.305.251	45.013.676	19.291.575
VAL D'AOSTA	123.360	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.943.004	9.943.004	143.439.670	-	6.779.970	150.219.640	105.153.748	45.065.892
BOLZANO	532.616	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	540.958	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.847.745	4.847.745	69.934.493	-	3.305.597	73.240.090	51.268.063	21.972.027
FRUIOLI	1.194.647	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.509.227	1.509.227	21.772.396	-	1.029.117	22.801.513	15.961.059	6.840.454
EMILIA R.	4.425.366	4.425.366	63.841.173	-	3.017.584	66.858.757	46.801.130	20.057.627
TOSCANA	3.663.191	3.663.191	52.845.891	-	2.497.870	55.343.761	38.740.634	16.603.128
UMBRIA	858.812	858.812	12.389.386	-	585.610	12.974.995	9.082.498	3.892.499
MARCHE	1.487.150	1.487.150	21.453.909	-	1.014.063	22.467.972	15.727.581	6.740.392
LAZIO	5.714.882	5.714.882	82.443.976	-	3.896.884	86.340.860	60.438.602	25.902.258
ABRUZZO	1.275.950	1.275.950	18.407.098	-	870.049	19.277.147	13.494.003	5.783.144
MOLISE	292.150	292.150	4.214.612	-	199.212	4.413.824	3.089.678	1.324.147
CAMPANIA	5.624.420	5.624.420	81.138.954	-	3.835.199	84.974.154	59.481.908	25.492.246
PUGLIA	3.922.941	3.922.941	56.593.094	-	2.674.989	59.268.083	41.487.658	17.780.425
BASILICATA	541.168	541.168	7.806.993	-	369.014	8.176.006	5.723.205	2.452.802
CALABRIA	1.855.454	1.855.454	26.767.133	-	1.265.203	28.032.336	19.622.635	8.409.701
SICILIA (*)	4.833.329	4.833.329	69.726.525	34.242.696	-	35.483.829	24.838.680	10.645.148
SARDEGNA	1.587.413	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	59.030.133	55.051.139	794.178.219	34.242.696	34.242.696	794.178.219	555.924.756	238.253.463

(*) 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.





CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME

23/173/SR12-13-14-16/C7

2/11/2023



**POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI
DELIBERAZIONE DEL CIPESS CONCERNENTE IL RIPARTO TRA LE REGIONI
DELLE DISPONIBILITÀ FINANZIARIE PER IL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE PER L'ANNO 2023**

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

Punto 12) Odg Conferenza Stato-Regioni

**POSIZIONE SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE, DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELLA SALUTE, DI
RIPARTIZIONE DELLE QUOTE PREMIALI PER L'ANNO 2023**

Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 67-bis, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e
successive modificazioni

Punto 13) Odg Conferenza Stato-Regioni

**POSIZIONE 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 2023**

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e
successive modificazioni

Punto 14) Odg Conferenza Stato-Regioni

**POSIZIONE SULLA PROPOSTA DEL MINISTRO DELLA SALUTE DI
DELIBERAZIONE DEL CIPESS RELATIVA ALLA RIPARTIZIONE DEL
FINANZIAMENTO DESTINATO ALL'ATTUAZIONE DEL "PIANO NAZIONALE
MALATTIE RARE 2023-2026", PER GLI ANNI 2023 E 2024**

Intesa, ai sensi dell'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 24 maggio
2023 (rep. Atti n. 121/CSR)

Punto 16) Odg Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime l'intesa, segnalando ai Ministeri competenti, con riferimento ai provvedimenti di riparto del fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno 2023, la necessità di procedere tempestivamente all'aggiornamento dell'ammontare delle anticipazioni mensili di cassa ed al conguaglio delle mensilità pregresse, al fine di consentire alle Regioni ed alle Province Autonome di disporre con immediatezza della necessaria ed adeguata liquidità.

Roma, 9 novembre 2023



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 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 2023.

Rep. atti n. 265/CSR del 9 novembre 2023.

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

Nella seduta del 9 novembre 2023:

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale, tra l'altro, prevede che il Comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, può 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 di specifici progetti, ai sensi del comma 34-bis del medesimo articolo;

VISTO il citato comma 34-bis, il quale dispone, tra l'altro, che, per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, le Regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro 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 di Bolzano e che il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la medesima Conferenza, 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 Fondo sanitario nazionale di parte corrente;

VISTO, inoltre, il medesimo comma 34-bis, che prosegue disponendo che, al fine di agevolare le Regioni nell'attuazione dei progetti di cui al predetto comma 34, il Ministero dell'economia e finanze provveda a 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 sia subordinata all'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, dei progetti presentati dalle Regioni, con la precisazione che la mancata presentazione e approvazione dei progetti comporta, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento e il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata;

VISTA l'intesa sancita da questa Conferenza il 21 dicembre 2022 (Rep. atti n. 280/CSR), sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate per l'anno 2022 per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi del citato articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 1996;

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 21 dicembre 2022 (Rep. atti n. 281/CSR), sulla proposta del Ministro della salute, con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2022 ed è stato definito l'utilizzo, da parte delle



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Regioni, delle risorse vincolate, ai sensi del citato articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge n. 662 del 1996;

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

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”;

VISTO il decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, recante “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, e, in particolare, l’articolo 4, comma 7-*bis*, che proroga la vigenza del Patto per la salute 2019-2021 fino all’adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria;

VISTA la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”, che reca disposizioni di delega al Governo per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione, l’integrazione e il coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria alla popolazione anziana, anche in attuazione della Missione 5, componente 2, e Missione 6, componente 1, del PNRR, nonché attraverso il progressivo potenziamento delle relative azioni, nell’ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente;

VISTO il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77;

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 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancito da questa Conferenza nella seduta del 15 settembre 2016 (Rep. atti n. 160/CSR) sul documento “Piano nazionale della cronicità”;

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

VISTA la scheda 12 “Prevenzione”, della suddetta Intesa concernente il Patto per la salute 2019-2021 che recita “*Governo e Regioni convengono di implementare gli investimenti in promozione della salute*



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

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

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancito da questa Conferenza nella seduta del 27 luglio 2020 (Rep. atti n. 118/CSR) 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”;

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancito da questa Conferenza nella seduta del 27 luglio 2020 (Rep. atti n. 119/CSR) ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38, sul documento “Accreditamento delle reti di terapia del dolore”;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancita da questa Conferenza il 6 agosto 2020 (Rep. atti n. 127/CSR), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, sulla proposta del Ministro della salute concernente il “Piano Nazionale per la Prevenzione per gli anni 2020-2025”;

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancito da questa Conferenza nella seduta del 17 dicembre 2020 (Rep. atti n. 215/CSR) sul documento recante “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”;

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancito da questa Conferenza nella seduta del 25 marzo 2021 (Rep. atti n. 30/CSR) sul documento “Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38”;

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancito da questa Conferenza nella seduta 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”;

VISTO il decreto del Ministro della salute 29 aprile 2022, recante approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare», ai fini del raggiungimento della Milestone EU M6C1-4, di cui all'Annex alla decisione di esecuzione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021, recante l'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza dell'Italia;

VISTA la nota pervenuta dal Ministero della salute il 6 novembre 2023, acquisita al protocollo DAR n. 24819 e diramata dall'Ufficio per il coordinamento delle attività di Segreteria di questa Conferenza in



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

pari data con protocollo DAR n. 24849, 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 2023, con assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze evidenziato dal Ministero proponente;

VISTA l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sancita in questa Conferenza in data 9 novembre 2023 (Rep. atti n. 264/CSR) ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, articolo 38, comma 1-*novies*, sulla proposta del Ministro 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 2023;

CONSIDERATO che, nel corso della medesima seduta del 9 novembre 2023 di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome hanno espresso avviso favorevole sulla proposta del Ministro della Salute;

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

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell'anno 2023 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, della discriminazione in ambito sanitario e nello sviluppo di un numero unico, a livello nazionale ed europeo, per le cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, oltre che per le tematiche vincolate relative al piano nazionale della prevenzione e alle cure palliative e terapia del dolore;
2. per l'anno 2023 sono 6 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 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 multicronicità”;
 - linea progettuale “Promozione dell'equità in ambito sanitario”;
 - linea progettuale “Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica” - con vincolo di risorse pari a 100 milioni di euro;
 - 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”;
 - linea progettuale “Realizzazione del Numero Europeo Armonizzato per cure non urgenti 116117”;
3. a seguito della stipula dell'Intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2023, espressa nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 9 novembre 2023 Rep. Atti n. 264 in applicazione dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'articolo 79 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,



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- 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.

Le risorse da destinare alle linee progettuali con risorse vincolate devono avere come limite minimo quello previsto nell'allegato B del presente Accordo;

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 2023, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente 2022, utilizzando la scheda 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

ALLEGATO A

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

Anno 2023

1. Linea progettuale:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Premessa

Il rapporto "*BESS 2022: il benessere equo e sostenibile in Italia*" dell'Istat ha rilevato che, per il biennio 2020-2021, quasi la metà della popolazione di anziani di 75 anni e più (47,8%) è affetta da gravi limitazioni o da condizioni di multicronicità. In particolare la quota di anziani in condizione di salute più fragile è più elevata nel genere femminile (54,7% rispetto al 40,9% di quello maschile) e aumenta progressivamente al crescere dell'età, raggiungendo il 60,9% tra le persone di 85 anni e più (rispetto al 39,2% delle persone di 75-79 anni). Tra le patologie croniche maggiormente riscontrate negli anziani di 75 anni e oltre si confermano, anche per l'anno 2022, l'ipertensione e i problemi osteoarticolari (artrosi/artrite) che, da soli o in concomitanza con altre patologie croniche rilevate, riguardano 1 anziano su 2. A tali patologie seguono per frequenza: l'osteoporosi (30,8%), il diabete (21,6%) e alcune patologie a carico del sistema nervoso (15%). Si evidenzia che, in riferimento a quest'ultima categoria, l'Alzheimer e la demenza senile riguardano quasi 1 anziano su 10 (8,3%).

Il rapporto OCSE "*Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health*", del mese di maggio 2023, indica che la principale criticità, per la cura delle persone con bisogni sanitari complessi, è rappresentata dalla frammentazione dell'assistenza che richiede diversi interventi in contesti differenti. Pertanto nel rapporto vengono riportati 13 case study di diversi Paesi (uno di questi è italiano) caratterizzati da una forte integrazione istituzionale e assistenziale nel campo dell'assistenza ai malati cronici in diverse situazioni e contesti. I risultati dello studio e le conseguenti raccomandazioni dell'OCSE promuovono l'assistenza integrata mediante: il rafforzamento della governance dell'assistenza socio-sanitaria, l'utilizzo di nuovi modelli di finanziamento, lo sviluppo di programmi di formazione dedicati per insegnare agli operatori sanitari nuove competenze hard e soft, la promozione di nuovi ruoli professionali che supportino l'integrazione dell'assistenza e l'utilizzo di programmi specifici per promuovere le attività di inclusione digitale rivolte alle popolazioni vulnerabili.

Tenuto conto che, 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, al fine del miglioramento del percorso assistenziale della persona, le regioni potranno perseguire ed incrementare le azioni attivate negli anni precedenti per i pazienti con multicronicità.



Are 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

L'adozione dell'Agenda 2030 per lo "Sviluppo Sostenibile e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile" indirizzato i Paesi a rafforzare le azioni per migliorare la salute e il benessere di tutti e a garantire che nessuno rimanga emarginato. Le indicazioni fornite dall'OMS per creare e mantenere una vita sana per tutti prevedono: servizi di salute di buona qualità e accessibili; sicurezza del reddito e protezione sociale; condizioni di vita dignitose; capitale sociale e umano e condizioni di lavoro e di occupazione dignitose.

Il rapporto, anno 2022, sullo stato dell'equità in salute in Italia "Una vita sana e prospera per tutti in Italia" del World Health Organization – European Region, ha analizzato i legami esistenti tra le disuguaglianze di salute e le condizioni essenziali necessarie per una buona salute e ha rilevato la necessità di sviluppare un approccio integrato di monitoraggio dei dati che colleghi i sistemi informativi e statistici sanitari e non sanitari. Inoltre, il rapporto, ha rilevato che "l'equità in salute è centrale per raggiungere una ripresa e uno sviluppo sostenibili e inclusivi, non solo nell'immediato in risposta agli effetti della pandemia COVID-19, ma anche per costruire sistemi sanitari e sociali più resilienti per il futuro dell'Italia".

Tanto detto, per l'anno 2023, 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.
- Sviluppare programmi di informazione specifici e mirati sulla rete.
- Valutare, con regolarità, la qualità percepita dal minore (se possibile) e dei familiari sulle cure prestate.

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

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

Le risorse da destinare a questa linea progettuale, a cui sono destinate risorse vincolate, devono rispettare l'entità finanziaria prevista per ogni Regione nell'allegato B del 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 (capaciy 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 PNP 2020 – 2025 e del relativo progetto.

Le risorse da destinare a questa linea progettuale, a cui sono destinate risorse vincolate, devono rispettare l'entità finanziaria prevista per ogni Regione nell'allegato B del presente Accordo.

5. Linea progettuale:

LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALLA FASE POST PANDEMICA

Premessa

Gli attuali modelli innovativi di gestione dei processi di cura e dei percorsi assistenziali delle strutture sanitarie, nonché la stessa Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr), intendono promuovere l'integrazione ospedale-territorio al fine di favorire la continuità delle cure e ridurre il ricorso agli ospedali per servizi che possono essere erogati a livello territoriale. I servizi di telemedicina, in tale contesto, assumono un ruolo fondamentale in quanto permettono di migliorare l'accessibilità e la qualità delle cure soprattutto per le persone che vivono condizioni di cronicità, fragilità o disabilità. Infatti la sanità digitale permette lo spostamento dei dati e dei pazienti tra i diversi professionisti e strutture sanitarie, mettendo in rete conoscenze ed esperienze.

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato, il 17 dicembre 2020, le "Linee Guida con le Indicazioni per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina" al fine di rendere omogenea l'erogazione delle prestazioni, attraverso regole comuni ed uniformi.

La telemedicina, come evidenziato anche dal DM 77, si integra nel contesto clinico, organizzativo e tecnologico adottato dalla struttura sanitaria per la specifica patologia e setting assistenziale, in modo da poter rappresentare un complemento alle prestazioni tradizionali.

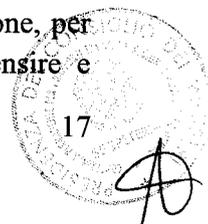
La telemedicina è un campo in rapida evoluzione che negli ultimi anni ha registrato una crescita e un progresso significativo. Le esperienze più avanzate di telemedicina offrono una serie di vantaggi ai pazienti e agli operatori sanitari, tra cui un migliore accesso alle cure, una riduzione dei costi sanitari e una maggiore comodità.

Tanto detto, considerato le strategie nazionali volte alla digitalizzazione e all'utilizzo della telemedicina in sanità, anche per l'anno 2023 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.

6. Linea progettuale:

REALIZZAZIONE DEL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117

Premessa

Il numero europeo armonizzato (di seguito NEA) trova il suo fondamento normativo:

- nell'Accordo del 24.11.2016 (Rep. Atti n. 221/CSR) - Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117",
- nel 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".

Il Numero Europeo Armonizzato 116117, unico a livello nazionale ed europeo, è un numero telefonico destinato al Servizio Sanitario Nazionale ed ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, e con altri servizi sanitari territoriali.

L'utilizzo di tale numerazione ha come obiettivo quello di mettere in contatto il cittadino con il personale tecnico e/o sanitario adeguatamente formato, per fornire informazioni sui servizi sanitari locali o consulenza sanitaria o accesso al servizio di Continuità assistenziale e ad altri servizi del territorio. Pertanto i cittadini hanno il vantaggio di avere a disposizione, per le situazioni di non emergenza, un unico numero che risponde a diversi bisogni di salute.

Il Numero Unico per le cure mediche non urgenti 116117 trova riferimento normativo nella decisione della Commissione Europea del 30 novembre 2009 "Modifica della decisione 2007/116/CE".

In attuazione a tale provvedimento europeo, l'Autorità per le Garanzie nella comunicazione ha assegnato al Ministero della Salute, in qualità di Ministero competente, il NEA 116117 quale Numero Europeo Armonizzato a valenza socio sanitaria.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 17/02/2013 ha approvato le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla Continuità Assistenziale" introducendo importanti novità, volte a garantire, nelle 24 ore, la continuità di cura al paziente a bassa complessità assistenziale, con l'adozione di sistemi di ricezione delle richieste.



Con l'Accordo del 24 novembre 2016 sono state approvate le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117" e, successivamente, è stata avviata l'attivazione del numero a livello nazionale.

Con il recente DM 77/22 sono stati forniti a livello nazionale degli indirizzi e delle prescrizioni in merito all'identificazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. In tale contesto vengono definiti i bacini di utenza delle centrali operative NEA 116117 e le relative funzioni.

La gestione del nuovo modello delle non emergenze mediante l'attivazione del numero unico 116117, prevede una profonda trasformazione e revisione organizzativa della Continuità assistenziale e della presa in carico da parte delle Cure primarie.

Il NEA 116117 si inserisce in una architettura organizzativa e funzionale con diversi livelli funzionali a crescente specializzazione, con il fine di essere l'unico punto di contatto da parte del cittadino per i bisogni non urgenti integrato con tutte le strutture di erogazione dell'assistenza territoriale Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Unità di Cure primarie (UCA) e Infermieri di Comunità.

Un fattore abilitante del nuovo modello di sanità territoriale può sicuramente essere rappresentato dai nuovi punti di accesso e di erogazione previsti per territorio: il NEA 116117 e le Centrali operative Territoriali (COT) che devono svilupparsi con il preciso scopo della messa in rete dei cittadini, dei professionisti e delle risorse.

Il numero 116117 sostituisce tutti i diversi numeri utilizzati attualmente per il Servizio di Continuità Assistenziale ma non deve essere tuttavia una semplice sostituzione di tali numeri. L'attività viene estesa alle 24 ore per 7 giorni su 7 e offre la possibilità di ricevere, senza soluzione di continuità, risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti.

L'attivazione del NEA 116117 prevede anche il collegamento operativo con il sistema di Emergenza Urgenza 118 mantenendo, comunque, "distinto" l'accesso degli utenti alle numerazioni previste, attraverso l'utilizzo di una piattaforma tecnologica condivisa/integrata. Pertanto la centrale operativa NEA 116117 si può integrare a quella dell'emergenza condividendone le tecnologie, al fine di assicurare una maggiore interoperabilità, ma ne è distinta per la finalità, l'organizzazione, la gestione e per il personale appositamente dedicato.

In tale contesto, il NEA 116117 svolge la funzione di raccordo propria della centrale operativa regionale prevista dall'articolo 1 comma 8 del Decreto-legge n. 34/2020 convertito con legge 17 luglio 2020, n. 77, anche mediante strumenti informatici e di telemedicina.

Le Centrali Operative 116117 dove esistenti hanno consentito un coordinamento migliorativo nell'erogazione delle prestazioni, funzioni di filtro e di monitoraggio o tele monitoraggio su vasta scala.

Agenas ha definito le principali caratteristiche e le funzioni delle Centrali Operative, distinguendo cosa si intende per Centrale Operativa NEA 116117 e Centrale Operativa Territoriale (COT), chiarendo i rapporti e le interconnessioni tra queste due tipologie di servizi e con le Centrali Operative 118 dell'Emergenza-Urgenza e con quelle del NUE 112.

Al fine di garantire la sua funzione è necessario attivare anche collegamenti con i diversi servizi sanitari assistenziali territoriali coinvolti nella presa in carico della persona che necessita di assistenza sanitaria, socio sanitaria, nonché dei soggetti affetti da patologie croniche.

Il sistema potrà permettere su tutto il territorio della regione:

- la rilevazione del bisogno sanitario del cittadino, a partire dalle richieste relative alla Continuità assistenziale, anche indirizzando la domanda verso il servizio territoriale più appropriato della ASL competente o alla Centrale operativa Territoriale (COT) territorialmente competente per la erogazione di prestazioni precedentemente individuate.

- l'erogazione di informazioni su servizi e percorsi assistenziali attivi nella regione,
- l'erogazione di assistenza a gruppi di soggetti inseriti in definiti PDTA in trattamento domiciliare, attivando, su richiesta della/e ASL, del/i distretto/i, dei MMG o degli Specialisti (es. dimissioni protette) a seconda delle scelte intraprese. L'integrazione dei servizi potrà permettere l'adozione di modelli agili e flessibili soprattutto per la presa in carico di pazienti cronici, anziani e fragili,
- il supporto nella gestione e utilizzo di piattaforme di telemedicina per permettere la fruibilità da parte degli assistiti di prestazioni di televisita, teleconsulto e telemonitoraggio,
- l'offerta di servizi di ascolto e supporto psicologico telefonico ai cittadini e ai pazienti che possono risentire in maniera peculiare di fattori psicologici e sociali che influenzino lo stato di salute.

La tipologia di risposta da garantire attraverso il N.E.A. 116117 può essere ricondotta ad un ambito:

- *operativo* con l'erogazione di servizi per assistenza sanitaria non urgente ed eventuale richiesta di Continuità Assistenziale o altro intervento a domicilio,
- *informativo* con l'erogazione di informazioni su specifiche procedure operative o informazioni generiche sanitarie.

La risposta di tipo operativo può comportare la presa in carico della richiesta, con l'individuazione ed inoltro al soggetto competente per la gestione operativa dell'evento (risposta operativa passiva), oppure lo svolgimento di attività aggiuntive alla presa in carico, quali la conduzione di interviste telefoniche specifiche finalizzate al monitoraggio di parametri clinici del paziente (risposta operativa attiva).

La risposta di tipo informativo comprende le indicazioni relative all'organizzazione dei servizi sanitari sul territorio e rappresenta uno strumento flessibile di supporto alle esigenze informative della popolazione in particolare in situazioni critiche (ad es. la recente pandemia, ondata di calore anno 2023, ecc.).

In tutte le Regioni il numero deve garantire, obbligatoriamente, l'accesso ai servizi medici non urgenti al fine di:

- gestire l'erogazione diretta: Es. Postazioni di Continuità Assistenziale, Strutture Ambulatoriali di Continuità, Strutture di Guardia turistica o indiretta: es. percorsi vaccinali e altro tramite prenotazione, delle prestazioni relative al bisogno espresso,
- garantire il passaggio alle Strutture di coordinamento della erogazione delle Cure primarie, COT e/o Case della Comunità le richieste relative a prestazioni gestite ed erogate dalle stesse,
- individuare e trasferire le richieste di soccorso sanitario urgente al Servizio di Emergenza Urgenza 118 territorialmente competente e, viceversa, ricevere le chiamate valutate non appropriate dal servizio 118
- offrire la possibilità di un consulto medico o Infermieristico su problematiche cliniche o assistenziali non urgenti, anche attraverso l'utilizzo di idonee piattaforme di telemedicina,
- fornire informazioni sulla modalità di accesso (anche in caso di difficoltà di reperimento), ai MMG/PLS anche nelle forme di associazionismo AFT – UCCP, o alle Case della Comunità.

Ciascuna Regione può individuare altri servizi facoltativi da attribuire al numero, quali per esempio modalità per facilitare l'integrazione socio-sanitaria, la sanità pubblica, il consultorio familiare, il servizio reclami, il coordinamento dei trasporti sanitari, ecc., riportati nella tabella 2 dell'Accordo Stato Regioni 2016.

A supporto del sistema sarà necessaria una tecnologia sempre più complessa, costituita da componenti diverse atte a permettere l'autorizzazione e l'identificazione degli accessi degli utenti abilitati e il reperimento di informazioni da anagrafi centralizzate e da database di strutture e di personale sanitario o da piattaforme più o meno complesse di gestione delle attività e di raccolta dati (es. reti di patologia, fascicoli sanitari, cartelle cliniche).



La struttura organizzativa, deve mettere a disposizione personale formato e tecnologie adeguate tali da consentire l'attivazione di un valido supporto alle esigenze della popolazione.

Il numero 116117 rappresenta un'opportunità per gestire e coordinare la domanda assistenziale territoriale a bassa intensità/priorità in continuità con i nuovi modelli organizzativi territoriali che si stanno sempre più sviluppando nei diversi Servizi Sanitari Regionali, AFT, UCCP, Casa della Comunità, e in particolare con le Centrali Operative Territoriali (COT).

In prospettiva rappresenterà un tassello centrale di raccordo e di funzionalità nell'ambito dell'intero Sistema Sanitario Regionale.

Il percorso per l'assegnazione del numero 116117 prevede che le Regioni e le PP.AA possono richiedere, all'interno di un programma regionale, l'attivazione del servizio 116117 al Ministero della salute – Direzione generale della programmazione sanitaria, nel rispetto dei requisiti riportati nell'Accordo del 24 novembre 2016.

Aree prioritarie di intervento

Gli interventi possono variare in riferimento al diverso stato di attivazione del numero a livello regionale:

- 1°. Le regioni che presentano il progetto per ricevere l'autorizzazione all'attivazione.
- 2°. Le regioni che hanno già ricevuto l'autorizzazione all'attivazione e hanno concluso la fase di sperimentazione.
- 3°. Le regioni che hanno ricevuto l'autorizzazione all'attivazione del progetto e sono ancora nella fase sperimentale.

1°. LE REGIONI CHE RICHIEDONO L'AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVAZIONE DEL NUMERO, ovvero le regioni che non hanno mai richiesto l'assegnazione del numero al Ministero della salute, sono invitate a predisporre una programmazione che preveda le attività preliminari e le azioni relative alla realizzazione del numero ed ai servizi di supporto necessari, quali:

ATTIVITÀ PRELIMINARI:

- ***censimento delle postazioni territoriali del servizio di Continuità Assistenziale***, analisi dei dati di attività e, per un adeguato dimensionamento dell'attività diurna, anche dei dati relativi alle potenziali chiamate dei cittadini nelle fasce orarie nelle quali non è attivo il servizio di C.A.,
- ***individuazione dei servizi territoriali h 12 o h 24*** (COT, Case della Comunità, UCA e altro) che si intendono far confluire nel NEA 116117, con particolare riferimento alle funzioni in grado di assicurare la continuità delle cure e di intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità e condivisione delle informazioni da gestire (per esempio: Definizione modalità di accesso alle banche dati, Attivazione collegamenti, definizione procedure condivise).

PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ

- ***Centrali operative***. Definizione del numero delle Centrali Operative da realizzare e del territorio di competenza (per esempio: Comuni, Frazioni, Quartieri, Rioni), in base ai requisiti previsti dal DM 77/22. Individuazione delle sedi delle Centrali operative, acquisizione e allestimento dei locali (ad esempio predisposizione infrastrutture, servizi a supporto, verifica idoneità spazi, sicurezza della struttura, acquisto arredi)



- **Sistemi di supporto**

- ✓ **Componente Telefonica.** Definizione dell'architettura della rete telefonica e dati: requisiti, caratteristiche, dimensionamento di massima delle postazioni e delle linee telefoniche. Sistema di registrazione delle conversazioni, sistema di interpretariato multilingue, sistema per persone con disabilità (persone sorde), (definire per esempio: Predisposizione del bando di gara, modalità di acquisizione delle apparecchiature, etc.).
- ✓ **Componente Informatica.** Definizione dell'architettura di rete e sviluppo di un sistema informatico di gestione dell'attività che preveda:
 - la somministrazione informatizzata dell'intervista telefonica, secondo un protocollo individuato, con localizzazione del chiamante, identificazione dei bisogni, valutazione delle necessità; visualizzazione di informazioni relative al chiamante; l'individuazione, sulla base della localizzazione del chiamante, della postazione territoriale competente, anche con geo – localizzazione;
 - il trasferimento della scheda ad altre Centrali o ad altri servizi (ad esempio Postazioni CA territoriali, COT, UCA), ove necessario;
 - la visualizzazione su cartografico, del territorio, dei mezzi e delle strutture di interesse con i riferimenti di pertinenza;
 - un'estensione applicativa integrata con il sistema in dotazione al servizio di Emergenza-Urgenza 118, con trasferimento della scheda, sulla base della normativa che prevede l'impiego di un'unica piattaforma informatica, mantenendo comunque distinto l'accesso degli utenti alle due numerazioni;
 - l'integrazione con i sistemi informativi regionali.

- **Modello organizzativo, risorse umane e formazione:**

- ✓ Articolazione della struttura organizzativa (organigramma, in particolare l'individuazione delle figure di coordinamento e del responsabile del servizio).
- ✓ Definizione del fabbisogno di personale dei diversi profili e modalità di reclutamento (ad es. predisposizione dei bandi/avvisi).
- ✓ Definizione del percorso formativo per l'accesso al sistema e dei percorsi di aggiornamento continuo e finalizzato (formazione permanente). Predisposizione ed esecuzione dei corsi per gli operatori.

- **Altre azioni**

Contestualmente è auspicabile prevedere la:

- ✓ Predisposizione delle procedure interne e condivise con i vari servizi territoriali per agevolare il percorso del paziente a bassa complessità assistenziale nella rete delle cure primarie.
- ✓ Definizione di accordi di collaborazione con le aziende sanitarie di riferimento su specifiche linee di attività (ad es. il Monitoraggio clinico dei pazienti cronici).
- ✓ Predisposizione della campagna di comunicazione.
- ✓ Definizione del sistema di monitoraggio (fasi, informazioni, dati, indicatori) del programma operativo per la verifica del rispetto dei tempi e delle azioni e la rilevazione degli scostamenti.

Tale progetto dovrà essere trasmesso anche alla struttura di monitoraggio del NEA 116117, istituita presso il Ministero della salute, unitamente alla delibera regionale e alla richiesta di approvazione.

2°. LE REGIONI CHE HANNO GIÀ PROVVEDUTO A COMPLETARE LA FASE DI SPERIMENTAZIONE DEL NUMERO, ovvero le regioni che sono state autorizzate dal Ministero della salute a utilizzare il numero ed hanno terminato il periodo di sperimentazione, presentano un



progetto relativo alla fase di implementazione dell'attività, illustrando i risultati ottenuti e le azioni successive che si intendono portare avanti.

3°. LE REGIONI CHE HANNO RICEVUTO L'AUTORIZZAZIONE ALL'ATTIVAZIONE DEL NUMERO, ma non hanno ancora iniziato la sperimentazione, possono presentare, ad integrazione o modifica del progetto approvato, un programma operativo che partendo dallo stato di attuazione, individua soluzioni/proposte utili al superamento delle eventuali criticità evidenziate nel corso del periodo di avvio e il completamento degli interventi, ovvero individui nuove azioni di miglioramento delle performance, in termini di popolazione servita, di integrazione funzionale tra i diversi livelli di assistenza sanitaria, di evoluzione tecnologica.

Per questa linea progettuale, le Regioni presentano un unico progetto, relativo alle aree sopra indicate, da sviluppare in coerenza con la normativa nazionale.

Per questa linea progettuale non sono previste risorse vincolate.



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 2023

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2023
794.178.219 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2023 (al 01.01.2022)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Compartecipazione Sicilia	Riparto compartecipazione Sicilia	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	di cui il 5 per mille per i progetti di supporto al PNP network
PIEMONTE	4.256.350	4.256.350	61.402.916	-	2.902.335	64.305.251	8.097.081	19.432.994	97.165
VAL D'AOSTA	123.360	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.943.004	9.943.004	143.439.670	-	6.779.970	150.219.640	18.915.105	45.396.251	226.981
BOLZANO	532.616	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	540.958	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.847.745	4.847.745	69.934.493	-	3.305.597	73.240.090	9.222.123	22.133.095	110.665
FRILUNI	1.194.647	-	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.509.227	1.509.227	21.772.396	-	1.029.117	22.801.513	2.871.083	6.890.598	34.453
EMILIA R.	4.425.366	4.425.366	63.841.173	-	3.017.584	66.858.757	8.418.609	20.204.661	101.023
TOSCANA	3.663.191	3.663.191	52.845.891	-	2.497.870	55.343.761	6.968.683	16.724.839	83.624
UMBRIA	858.812	858.812	12.389.386	-	585.610	12.974.995	1.633.764	3.921.033	19.605
MARCHE	1.487.150	1.487.150	21.453.909	-	1.014.063	22.467.972	2.829.084	6.789.803	33.949
LAZIO	5.714.882	5.714.882	82.443.976	-	3.896.884	86.340.860	10.871.724	26.092.136	130.461
ABRUZZO	1.275.950	1.275.950	18.407.098	-	870.049	19.277.147	2.427.307	5.825.538	29.128
MOLISE	292.150	292.150	4.214.612	-	199.212	4.413.824	555.772	1.333.854	6.669
CAMPANIA	5.624.420	5.624.420	81.138.954	-	3.835.199	84.974.154	10.699.633	25.679.119	128.396
PUGLIA	3.922.941	3.922.941	56.593.094	-	2.674.989	59.268.083	7.462.819	17.910.766	89.554
BASILICATA	541.168	541.168	7.806.993	-	369.014	8.176.006	1.029.493	2.470.782	12.354
CALABRIA	1.855.454	1.855.454	26.767.133	-	1.265.203	28.032.336	3.529.729	8.471.349	42.357
SICILIA (*)	4.833.329	4.833.329	69.726.525	34.242.696	-	35.483.829	4.467.993	10.723.184	53.616
SARDEGNA	1.587.413	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	59.030.133	55.051.139	794.178.219	34.242.696	794.178.219	100.000.000	240.000.000	1.200.000	

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



ALLEGATO B

Scheda con le risorse



SCHEDA PROGETTO

1	LINEA PROGETTUALE	
	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	
	AREA DI INTERVENTO	

2	REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO		
		<i>Cognome Nome Responsabile</i>	
		<i>Ruolo e qualifica</i>	
		<i>Recapiti telefonici</i>	
		<i>e- mail</i>	

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

4	ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
		<i>Tipologia di costi</i>	<i>Importo in euro</i>
		o <i>Costi per la formazione</i>	
		o <i>Costi gestione progetto</i>	
		o <i>Costi</i>	
		o <i>Costi</i>	



	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 prevista	inizio	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento
---	---------------------------------	---------------	--------	-----------------------	-----------------------------------

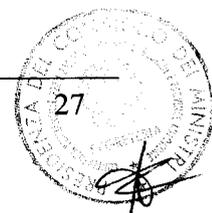


			per anno successivo

8	OBIETTIVO GENERALE	
9	OBIETTIVI SPECIFICI	<p>1° Obiettivo</p> <p>2° Obiettivo</p> <p>3° Obiettivo</p> <p>4° Obiettivo</p>

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	
----	----------------	--



	Indicare i punti di <i>forza</i>	Indicare le strategie/azioni per l'implementazione

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

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

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

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

ALLEGATO D

29



**SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI
CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO...**

Accordo e Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del ...

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	
---	----------------------------	--



ALLEGATO E

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 PNP (2020-2025) 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 vigenza del PNP (2020-2025) 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 ai Piani Regionali della Prevenzione (PRP). Indicare a quali obiettivi del PNP e dei relativi Programmi il progetto intende contribuire.
- Azioni. Evidenziare 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)



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	
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. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)	€ 36.499.483,00
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. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B)	
Costi gestione progetto		
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)	

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO

Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc

La popolazione residente in Piemonte al 01.01.2022 ammonta a 4.256.350, 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 territori 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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01/01/2023	31/12/2023	Sì

OBIETTIVO GENERALE

Sviluppare il piano per la gestione delle malattie croniche nelle Aziende Sanitarie, ai fini della presa in carico appropriata e secondo percorsi omogenei a livello territoriale. Le attività includono inoltre lo sviluppo delle strutture intermedie delle cure domiciliari come momento fondamentale dell'assistenza primaria nell'ambito della rete distrettuale, oltreché la Promozione di rete nazionale per i tumori rari e la Biobanca per la raccolta di tessuto ovarico o cellule germinali per le giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative.

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 domiciliare

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

Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	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												
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
------	--------	---------------------------------	------------------------

<p>1. Fase: Case della Salute e future Case della Comunità</p>	<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 31.12.2023 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 31.12.2023 e numero di personale negli stessi operante, ivi comprese le reti del privato sociale coinvolte a supporto del progetto.
<p>2.Fase: Continuità assistenziale ospedale-territorio-ospedale</p>	<p>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 PNRR, Missione 6, Componente 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di pazienti seguiti nel 2023 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
<p>3.Fase: Assistenza e riabilitazione domiciliare</p>	<p>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).</p>	<p>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.</p>	<p>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.</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	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.

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. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)	€ 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		
Costi gestione progetto		
Costi		I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali
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 familiari nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale. È basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di una integrazione reale, sia a livello ospedaliero, fra le diverse strutture coinvolte, sia tra ospedale e strutture/professionisti presenti sul territorio fornendo risposte appropriate, sicure ed efficaci ai differenti bisogni assistenziali. Il Piano di cronicità della Regione Piemonte, 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 2023 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)	€ 4.048.540,50
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 [...]. 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. Essa 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.

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO

Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc

La definizione di requisiti minimi e delle modalità organizzative, risponde dunque all'esigenza primaria di fornire cure adeguate ai bisogni del malato e della sua famiglia per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura, sull'intero territorio nazionale, garantendo equità nell'accesso ai servizi e qualità delle cure nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. [...]". Si prevede di proseguire nei percorsi di attuazione della Rete di Terapia del dolore, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone adulte affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo. [...].

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

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

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

Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore

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

La struttura di livello Hub è preposta ad erogare interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità (farmacologici, chirurgici, psicologici variamente integrati) finalizzati alla riduzione del dolore e delle disabilità delle persone con dolore, in regime ambulatoriale, ricovero ordinario, di day hospital o attraverso modalità alternative previste dai vari ordinamenti regionali. Garantisce la gestione del dolore, attraverso un approccio interdisciplinare per le patologie complesse, sia con team dedicati che con rete di consulenze. Alla struttura Hub possono essere affidati i compiti di sorveglianza delle innovazioni tecnologiche e di monitoraggio dei processi di cura complessi e i registri per le procedure a permanenza. La distribuzione sul territorio regionale degli Hub/ Centro Ospedaliero di terapia del dolore e Spoke/centro ambulatoriale di terapia del dolore viene proporzionata al numero di abitanti, salvaguardando le aree territoriali disagiate, quindi una rete regionale può avere più di un Hub/ Centro Ospedaliero di terapia del dolore [...].

La Regione Piemonte ha attuato, per prima, in Italia, le disposizioni della L. 38/2010: infatti, con D.G.R. n. 30-866 del 25.10.2010, sono state istituite la Rete Regionale di Cure Palliative e la Rete regionale di Terapia del Dolore, e con successiva DGR n. 31-1482 del 11.02.2011 sono state definite la composizione e le modalità di funzionamento della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Cure Palliative e della Commissione regionale di Coordinamento della Rete di Terapia del Dolore. Le due Commissioni sopra citate hanno lavorato, sin dal loro insediamento, al fine di elaborare proposte all'Assessorato alla Sanità, per la concretizzazione dei dettami della Legge nazionale ed, in particolare, dall'approvazione dell'Intesa in parola, per l'attuazione di quanto disposto da quest'ultima, compatibilmente con il contesto normativo, economico e sociale della Regione Piemonte. Inoltre, con D.G.R. n. 29-4854 del 31.10.2012 è stato approvato il recepimento dell'Intesa del 25.07.2012, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla Proposta del Ministro della Salute, di cui all'art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n. 38, Di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per L'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore".

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 2023 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 che necessitano di terapia del dolore, articolando una tipologia assistenziale che sia omogenea sul territorio regionale, con risposte appropriate a seconda delle necessità dei pazienti		
OBIETTIVI SPECIFICI	1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità con le indicazioni della normativa.		
	2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in terapia del dolore su tutto il territorio regionale		
	3° Obiettivo 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);		

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

Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Il progetto ha durata continua, non suddivisibile in azioni mensili												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO

Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
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			

TRASFERIBILITA'

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

Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito
Tutto il territorio regionale	Tutto il progetto

LINEA PROGETTUALE	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. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)	€ 4.048.540,50
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. Altresì, 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.

Inoltre, con D.G.R. n. 17-6164 del 07.12.2022, inerente a "Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Recepimento e approvazione del provvedimento generale di programmazione "Assistenza territoriale nella Regione Piemonte". Proposta al Consiglio Regionale" si è previsto di dare attuazione alle disposizioni del DM suddetto, anche con specifico riferimento allo sviluppo ed al potenziamento delle cure palliative, sia per il paziente adulto, sia per il paziente pediatrico, nel rispetto degli standard indicati dal DM medesimo. Infine, con D.G.R. n. 19-6463 del 30.01.2023 è stato approvato il "Piano di potenziamento della rete regionale delle cure palliative per il paziente adulto e per il paziente pediatrico", a partire dall'anno 2023, ai sensi dell'art. 1, comma 83 della L. 29 dicembre 2022, n. 197, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025". Obiettivo specifico dell'anno 2023 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	1° Obiettivo qualitativo: Assicurare un'omogeneità di prestazioni su tutto il territorio regionale rispondendo a criteri di equità e accessibilità, in conformità alle indicazioni della normativa.
	2° Obiettivo quantitativo: Consolidare l'offerta delle prestazioni appropriate in cure palliative, su tutto il territorio regionale.
	3° Obiettivo 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),

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

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

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

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

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

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;

D.G.R. n. 17-6164 del 07.12.2022;

D.G.R. n. 19-6463 del 30.01.2023.

TRASFERIBILITA'

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

Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferito
Tutto il territorio regionale	Tutto il progetto

LINEA PROGETTUALE	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE	
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. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)	€ 19.335.829,00
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> <p>Pertanto, sarà approvata con Determinazione dirigenziale (n. 968/A1409C del 5/05/2023) la programmazione regionale annuale 2023 del PRP.</p> <p>Tale documento risponde alla finalità di declinare operativamente le azioni del PRP e in particolare i risultati attesi per il 2023, attraverso la definizione puntuale delle attività previste a livello regionale e a livello locale.</p> <p>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 2023, azioni correlate.</p> <p>In tutti i programmi, ciascuna azione si sviluppa in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>In attuazione di quanto disposto dalla DGR del 2021, tutte le ASL dovranno definire la programmazione locale annuale 2023 (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):</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 dovranno redigere i PLP entro il mese di maggio 2023, i documenti saranno 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 29/02/2024.

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. 11-7385 del 3/08/2023).

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

La rendicontazione delle attività svolte nel 2023 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 2024.

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		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)
	Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	D.G.R. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)
	Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL
		Importo
		€ 97.165,00
		€ 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. <p>Nel 2023 saranno definiti gli elementi dell'accordo di collaborazione con ONS e il contenuto del progetto pluriennale allegato all'accordo.</p>	
1. Osservatorio Nazionale Screening (ONS)	<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>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>1. Osservatorio Nazionale Screening (ONS)</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. Si attende la formalizzazione della nuova collocazione della banca dati e la definizione del progetto che individui le attività di supporto al PRP, da allegare all'accordo di collaborazione.</p>

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 2023 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 ha approvato 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, che sarà firmato dalle parti e repertoriato nel 2023.

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).

LINEA PROGETTUALE	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO - ANCHE IN RELAZIONE ALLA FASE POST PANDEMICA	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	TELEMEDICINA	
AREA DI INTERVENTO	tutto il territorio regionale	
REGIONE RESPONSABILE DEL PROGETTO	PIEMONTE	
	Cognome Nome Responsabile	dott. Franco Ripa dott. Antonino RUGGERI
	Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari Dirigente Settore Controllo di gestione, sistemi informativi, logistica sanitaria e coordinamento acquisti
	Recapiti telefonici	011.4321515
	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 4 maggio 2023, n. 4-6815 D.G.R. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)	€ 0,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR a Azienda zero	3.500.000,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		
Costi gestione progetto	Le risorse sono assegnate ad azienda zero, in base all'organizzazione stabilita dalla L.R. n. 26 del 26/10/2021 in attuazione alla D.G.R 4 maggio 2023, n. 4-6815.	
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)	

ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc	<p>La dgr n. 6-1613 del 03 luglio 2020 della regione piemonte relativa alla prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (televisita), fornisce le indicazioni normative e operative sulla modalità di erogazione dei servizi da remoto da parte delle aziende sanitarie pubbliche del sssr e di erogatori privati accreditati e contrattualizzati ai sensi del d.lgs. 502/1992. la delibera, a livello regionale, ha consentito un'accelerazione importante sul tema della sanità digitale, introducendo i seguenti elementi innovativi: • la televisita come modalità riconosciuta nel sssr per l'erogazione di prestazioni nell'ambito di specialistica ambulatoriale, equiparata alla modalità tradizionale di visita per quanto concernente la modalità di prescrizione (in coerenza con nomenclatore tariffario regionale e stesso sistema di remunerazione); • inserimento nel cup della televisita in telemedicina; • possibilità di tracciare/rendicontare le prestazioni erogate in telemedicina attraverso il flusso c; • possibilità di sperimentare altre tipologie di prestazioni oltre la televisita (es: teleconsulto, telemonitoraggio/telecontrollo, teleassistenza e teleriabilitazione) la dgr stabilisce, inoltre, la cornice normativa entro la quale le prestazioni in modalità "televisita" possono essere erogate, precisando che tale modalità deve essere impiegata principalmente nella continuità assistenziale (follow-up) per quei pazienti già noti al sssr e che non necessitano di un esame obiettivo. a supporto di tali contenuti normativi, si collocano le indicazioni nazionali e regionali di contrasto alla pandemia da covid 19, che hanno sviluppato nuovi modelli organizzativi di monitoraggio e gestione del paziente, tramite l'utilizzo di strumenti di telemedicina. la missione 6 del pnrr promuove l'applicazione della telemedicina da ambito sperimentale limitato ad alcune realtà locali a componente integrante del sistema regionale finalizzata a migliorare la qualità dell'assistenza e la tempestività di accesso alle cure, riducendo i divari territoriali attraverso la garanzia dell'interoperabilità delle soluzioni adottate.</p>
---	--

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01/01/2023	31/12/2023	Sì

OBIETTIVO GENERALE	<p>Sviluppare il piano di telemedicina regionale in attuazione ai provvedimenti regionali, tra cui</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ con D.G.R. n. 4-6815 del 4/05/2023 è stato approvato il Piano operativo e del fabbisogno per i servizi minimi di telemedicina, a seguito di valutazione di congruità espressa dalla Commissione tecnica di valutazione, ai sensi di quanto disposto dal Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale del 30/09/2022, aggiornato con D.G.R. n. 29-7327 del 31/07/2023; ▪ con D.G.R. n. 20-7658 del 06.11.2023 è stato approvato il modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di Telemedicina della Regione Piemonte.
---------------------------	--

OBIETTIVI SPECIFICI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorare lo stato di attuazione 2. Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa 3. Consolidare l'attività di telemedicina territoriale
----------------------------	--

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
1. Monitorare lo stato di attuazione												
2. Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa												
3. Consolidare l'attività di telemedicina territoriale												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
	1. Definizione del fabbisogno di telemedicina 2. Proposte di evoluzione del modello organizzativo di telemedicina 3. Coordinamento e monitoraggio dei servizi di telemedicina erogati	Mantenimento e Rafforzamento dei servizi di telemedicina territoriale	<ul style="list-style-type: none"> numero di prestazioni di telemedicina erogate

TRASFERIBILITÀ	
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

LINEA PROGETTUALE	REALIZZAZIONE DEL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117	
TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117	
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	011.4321515
	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. 20 giugno 2023, n. 9-7070 (TABELLA B, allegato A) e smi (D.G.R. 22 aprile 2024, n. 20-8466)	€ 0,00
Eventuali Risorse Regionali	Quota di riparto del FSR a Azienda zero	3.898.733,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO		
Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		
Costi gestione progetto	Le risorse sono assegnate ad azienda zero, in base all'organizzazione stabilita dalla L.R. n. 26 del 26/10/2021 in attuazione al Piano di Emergenza Sanitaria Territoriale	
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)	

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

La realizzazione del Progetto di attivazione del Numero Unico 116117 è avvenuta in aderenza a quanto disposto dall'Accordo Stato Regioni recepito con D.G.R. n. 33-5087 del 22 maggio 2017 coerentemente con le "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117"- A seguito di presentazione al Ministero della Salute del "documento tecnico operativo per la realizzazione e il funzionamento del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117" (Determinazioni n° 531 del 5 luglio 2019) la Regione Piemonte ha ottenuto l' autorizzazione ad utilizzare la numerazione nella fase sperimentale(nota Ministero della Salute 21348 del 19/07/2019)A far data dal 21 novembre 2019 il Servizio NEA 116117 è stato progressivamente attivato su tutto il territorio regionale .In linea con quanto previsto in Regione Piemonte sono state istituite 4 centrali operative incardinate presso le Aziende sanitarie capofila di quadrante (ASL Città di Torino, ASL NO, ASL CN1, ASL AL).Tutti gli operatori in servizio hanno svolto un percorso formativo previsto dalla DD 563 dell'11/09/2018 e strutturato in tre fasi: lezioni teoriche frontali, lezioni pratiche, tirocinio L' attività è incentrata prioritariamente al supporto della funzione di Continuità Assistenziale attraverso il meccanismo di contatto tra cittadino e medico di postazione con personale laico e contestuale effetto filtro per chiamate non appropriate. Il servizio è comunque attivo h 24 e svolge attività diurne sperimentalmente in alcune centrali riguardano il supporto informativo per attività vaccinale, la scelta e revoca del medico, screening (gestione agende), trasporti secondari, attività informativa generica con passaggio della chiamata su altri servizi. E' definitivamente operativo il modello di interfaccia tra Centrali Operative 118 e il servizio NEA 116117. Il numero di chiamate totali nell'anno 2023 è stato di 1.003.729, di cui gestite 866.767. Il tempo medio di risposta da parte degli operatori delle Centrali NEA 116117 è stato nell' anno 2023 di 129 secondi.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	21/11/2019	31/12/2023	Sì

OBIETTIVO GENERALE

L' obiettivo generale è quello di garantire a tutti i cittadini nelle 24 ore „risposte a tutte le chiamate legate a cure non urgenti, anche di carattere informativo; funziona da raccordo con il servizio di continuità assistenziale nel trasferimento delle chiamate al medico di postazione.

OBIETTIVI SPECIFICI

- prima fase avvio su tutto il territorio della funzione h24 in particolare per la funzione di Continuità Assistenziale attraverso il meccanismo di contatto tra cittadino e medico di postazione
- seconda fase: attivazione modello di interfaccia tra Centrali Operative 118 e il servizio NEA 116117.
- attivazione sperimentale su attività informativa diurna

RISULTATI ATTESI

A breve termine che indicano i miglioramenti apportati dal progetto	- miglioramento sul tempo di risposta per le chiamate ricevute da parte degli operatori
A lungo periodo, a cui tendere, non direttamente raggiungibili al termine del progetto	- implementazione delle attività informative diurne e consolidamento delle sperimentazioni attuate da alcune Centrali; - avvio sistema di interfaccia con le COT a livello sperimentale-

PUNTI DI FORZA

Indicare punti di forza	<p>Unico numero per la popolazione per ogni tipo di informazione sanitaria e socio sanitaria e per l'attivazione dei percorsi di presa in carico multidisciplinari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unica porta di accesso ed interfaccia telefonica dei cittadini, facilitazione nell'accesso ai servizi • Garantisce una copertura continuativa 24/24 h • Le CUA condividono procedure (es: procedura di vicariamento delle sedi, procedura di trasferimento chiamata al Medico di postazione di continuità Assistenziale) e lavorano in maniera omogenea e standardizzata
Approccio attraverso un sistema di coinvolgimento dei professionisti	

PUNTI DI DEBOLEZZA

Indicare punti di debolezza	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa conoscenza delle potenzialità e del funzionamento della CUA da parte dei cittadini • Resistenza al cambiamento
Carenza di sistemi di valutazione per le attività territoriali	

DIAGRAMMA DI GANTT

Descrizione delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Migliorare tempistiche di risposta operatori												
2. Rafforzare attività informativa diurna												
3. Monitorare lo stato di attuazione												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO

Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Monitoraggio del servizio NEA 116117 – relativamente alla risposta al cittadino	Mantenimento e rafforzamento del servizio offerto dalle CUA 116117	- Tempi di risposta - Numero di chiamate in coda

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	Già attivo su tutto il territorio regionale
Progetto o parte del progetto che può essere trasferito	Il progetto può essere trasferito ad altre Regioni

ALLEGATO 4)

Relazione illustrativa dell'attività svolta nell'anno 2022

LINEA PROGETTUALE 1: PERCORSO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ.

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)

a) Le Case della Salute: monitoraggio al 31.12.2022.

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 31.12.2022 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

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.

a.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

a.2. Bacino di utenza

La percentuale di popolazione regionale servita dalle CS 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.

a.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 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 quello di garantire una risposta continuativa, 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). Nel contesto territoriale piemontese, 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.

a.4 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 nelle 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

a.5. 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 60% delle C.S. sono presenti le attività dei MMG; Nel 32% delle C.S. sono altresì presenti le attività dei PDLs. Inoltre nel 5% 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...).

a.6 I 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 Scempenso 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.

a.7 La telemedicina

La telemedicina rappresenta un supporto fondamentale per le attività erogate nell'ambito di servizi di prossimità, collegati con il domicilio dei pazienti. Sulla base degli indirizzi regionali contenuti nella D.G.R. n. 6-1613 del 3.7.2020 e segg. 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 2022 il 16% delle C.S. ha erogato prestazioni in Televisita. Nel 20% delle C.S. sono state erogate prestazioni di Teleassistenza domiciliare. Infine nel 51% delle C.S. si sono svolte attività di Teleconsulto medico nell'erogazione delle prestazioni relative ai PSDTA per le patologie croniche.

b) CSDI – Centri servizi distrettuali integrati

Nel corso del 2022 è stata avviata la sperimentazione regionale delle strutture di prossimità nella tipologia dei CSDI, secondo gli indirizzi dell'Intesa Stato-Regioni n. 134 del 4.8.2021, fatti propri e declinati nel progetto regionale di cui alla D.G.R. n. 18-4834 del 21.3.2022. Sulla base del modello regionale sono stati definiti a livello aziendale appositi progetti per la sperimentazione del CSDI in uno dei distretti dell'ASL, utilizzando e/o riconvertendo a tal fine apposite strutture di proprietà pubblica (ASL o Enti locali) già esistenti sul territorio.

Con la D.G.R. n. 20-5418 del 22.7.2022 la Regione ha approvato la ricognizione dei progetti di attivazione dei CSDI proposti dalle ASL, uno per ogni ASL operante a livello distrettuale e/o interdistrettuale (tot. 12 progetti CSDI) e i relativi modelli organizzativo-gestionali adottati per rispondere alle finalità della sperimentazione regionale delle strutture di prossimità, operanti in forma integrata fra servizi sanitari territoriali e servizi sociali e del terzo settore.

b.1. Il personale operante nei CSDI

L'andamento della sperimentazione dei CSDI è soggetto a monitoraggio regionale, sia per quanto attiene alle modalità gestionali e al modello organizzativo adottato sia per quanto riguarda l'impatto ottenuto sul territorio rispetto agli obiettivi che hanno ispirato il progetto. Con specifico riferimento al personale operante nei CSDI, gli operatori attivi presso i 12 CSDI del Piemonte alla data del 31.12.2022 sono complessivamente n. 708, articolati nelle seguenti figure professionali:

- medici delle cure primarie (MMG, PDLS, MCA):	n. 251
- medici specialisti ospedalieri e convenzionati:	n. 115
- infermieri ASL/MMG e IFoC:	n. 155
- altro personale sanitario e tecnico (non medico):	n. 49
- personale area socio-sanitaria (OSS, educatori):	n. 27
- personale area socio-assistenziale:	n. 27
- operatori area amministrativa e tecnica:	n. 30
- altro personale SSR:	n. 4
- altro personale Enti gestori socio-assistenziali:	n. 8

Come previsto nel progetto al personale dell'ASL e degli Enti gestori s.a. si affiancano gli operatori messi a disposizione dagli Enti del volontariato e dal privato sociale esistenti nelle diverse realtà locali, per un totale di 43 unità di personale impegnate in attività a supporto e cooperazione con il servizio pubblico, quali ad es. trasporti, consegna pasti a domicilio, attività di socializzazione e di facilitazione per l'accesso ai servizi.

c) Case della Comunità e Ospedali di Comunità: programmazione regionale

La programmazione territoriale della rete delle strutture di prossimità previste dal PNRR, Missione 6 e declinate dal D.M. 77/2022, è stata definita a livello aziendale/distrettuale, previa analisi del rispettivo fabbisogno e confronto con le amministrazioni ed è stata formalizzata a livello regionale con la D.C.R. n. 199-3824 del 22.2.2022. Tale provvedimento prevede la realizzazione, entro il 2026:

- di n. 91 Case della Comunità, delle quali n. 82 con l'utilizzo di fondi ex PNRR e n. 9 con l'impiego di altri finanziamenti per opere strutturali di competenza regionale;
- di n. 29 Ospedali di Comunità, dei quali n. 27 con fondi ex PNRR e n. 2 con finanziamenti regionali.

La realizzazione di tali strutture, parte delle quali (Case della Comunità) è destinata a subentrare alle Case della Salute già operanti sul territorio dal 2019, è preordinata all'obiettivo di garantire a livello territoriale, in un ambito il più vicino possibile al cittadino e alla realtà locale, una risposta capillarmente diffusa e appropriata rispetto a bisogni di salute connessi alle patologie croniche e in genere a tutte quelle situazioni che non necessitano di essere trattate a livello ospedaliero e/o di servizi di emergenza/urgenza.

Azione 2)

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

La D.G.R. 28 marzo 2012, n. 27-3628 ha razionalizzato il sistema piemontese per quanto riguarda i percorsi integrati di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio assistenziale, anche attraverso l'istituzione dei NOCC e dei 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), la cui distribuzione sul territorio piemontese è così rappresentata:

- 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, residenzialità socio-sanitaria, residenzialità temporanea in RSA ex DGR 72-14420 del 2004 e ex DGR 10-5445 del 2022, 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, tratti dal flusso FAR-SIAD che raccoglie le informazioni dei nuclei che ospitano le tipologie di servizi di cui sopra, con riferimento all'anno 2022, possono essere utili a illustrare il sistema:

- setting “CAVS” – giornate di assistenza erogate 215.339, per un totale di posti letto equivalenti (vedi nota 1) di 590 (permanenza massima 60 gg);
- setting “RSA e altre residenzialità socio-sanitarie” – giornate di assistenza erogate 4.998.256, per un totale di posti letto equivalenti di 13.694;
- setting “Continuità delle cure con residenzialità temporanea in RSA” – giornate di assistenza erogate 179.731 per un totale di posti letto equivalenti (permanenza massima 60 gg) di 492.

E' da sottolineare che, per quanto riguarda la residenzialità temporanea in RSA e CAVS, nel corso dell'anno 2022, sulla scia dell'esperienza maturata durante il periodo pandemico, la D.G.R. 22 luglio 2022, n. 10-5445 ha ulteriormente implementato il percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone con bisogni sanitari e assistenziali assimilabili, dimessi dall'Ospedale verso assistenza domiciliare in RSA.

In continuità con quanto realizzato con la D.G.R. 9 aprile 2021, n. 23-3080, questo strumento ha permesso di:

- uniformare le prese in carico, contribuendo a ridurre il sovraffollamento dei PS e le forme inappropriate di ricovero ospedaliero e migliorando l'appropriatezza degli interventi e l'utilizzo razionale delle risorse del Servizio Sanitario Regionale;

- garantire sull'intero 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 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.

Il progetto pilota per la sperimentazione delle Centrali Operative Territoriali (COT)

Con la D.D. n. 906 del 27.5.2022 si è proceduta all'avvio di una sperimentazione regionale del modello COT previsto e disciplinato dalla normativa nazionale, con l'avvio di 5 progetti pilota nelle seguenti ASL del Piemonte: To 3 – NO – CN2 – Città di Torino. Il modello organizzativo adottato nei progetti pilota configura la COT quale funzione organizzativa per la presa in carico della persona e per il raccordo/connessione fra servizi e professionisti coinvolti nel processo assistenziale, con l'obiettivo di assicurare ed ottimizzare l'accessibilità, la continuità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Tali progetti hanno pertanto ricondotto alle COT in via di sperimentazione le funzioni già svolte dai NDCC e le relative risorse assegnate, considerato le prime assumono, ampliandolo, lo stesso ruolo già svolto dai secondi: ovvero garantire la continuità delle cure e dell'assistenza attraverso un servizio rivolto prevalentemente agli operatori sanitari e socio-sanitari che intende realizzare in forma sistematica l'interfaccia fra i servizi territoriali, quelli ospedalieri e la rete dell'emergenza-urgenza.

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.

L'anno 2022 ha registrato 5.461 prese in carico per il SRD a fronte di un totale di 120.416 prese in carico per l'assistenza domiciliare. Pertanto le prese in carico domiciliari per le cure riabilitative (adulti e minori) sono il 4,5% rispetto a tutte le prestazioni erogate a domicilio.

Azione n. 4)

Le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) alla fine della fase emergenziale.

Nel primo semestre 2022 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. Al 30.6.2022, data prevista dalla L. n. 234 del 30.12.2021 (legge di bilancio 2022) per il completamento delle attività delle USCA, il numero complessivo delle USCA ammonta a 72 unità territoriali, articolate e coordinate su base distrettuale.

Anche nel periodo finale della fase pandemica le USCA hanno contribuito ad integrare la rete delle cure primarie al fine di assistere al domicilio i pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero nonché di identificare precocemente i casi sospetti e/o a rischio di contagio. Le USCA hanno pertanto proseguito fino alla data di scadenza le loro attività finalizzate a supportare ed integrare, mediante accessi domiciliari e consultazioni telematici/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

L'attività delle USCA si è svolta in attuazione delle linee guida 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 e con la D.G.R. n. 20-2700 del 29.12.2020 con la quale 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

Per tutta la durata delle USCA è proseguita l'operatività della piattaforma regionale avviata il 30.3.2020 per 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 un monitoraggio mensile, tramite le ASL e i relativi Distretti, riguardo all'articolazione, al personale operante nelle USCA e alle relative attività svolte e conseguenti risorse impiegate, anche ai fini del riparto annuale delle risorse assegnate in base alla normativa nazionale di cui al D.L. n. 34/2020 e successiva legge di conversione. Tale riparto è stato approvato con la D.D. n. 927 del 27.4.2023 con copertura degli oneri sostenuti per l'attività nelle USCA dall'1.1.2022 fino alla data di scadenza del 30.6.2022.

LINEA PROGETTUALE 2. PROMOZIONE DELL'EQUITÀ IN AMBITO SANITARIO

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

Il Piano di cronicità della Regione Piemonte 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. L’esigenza è quella di definire nuovi modelli organizzativi che pongano 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.

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 alle scelte terapeutiche del malato e dei famigliari nonché attraverso la condivisione 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.

Con particolare riguardo al miglioramento delle condizioni nei gruppi fragili e vulnerabili le strutture residenziali per anziani sono state oggetto di specifiche progettualità. Vecchiaia e fragilità sono, infatti, da sempre associati; la parola fragilità indica una condizione di debolezza, 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 può non essere completo e ridurre la riserva di autonomia funzionale.

Nel corso dell’annualità 2022, con l’obiettivo di adeguare, in modo sostanziale, sia la funzione che l’organizzazione dei servizi sulla base di un differente modello culturale basato sulla centralità della persona malata e dei suoi bisogni e sull’integrazione dei servizi, si è provveduto ad un’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.

Talune di tali attività sono state sviluppate nell’ambito del progetto coordinato dell’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali finalizzato alla valutazione partecipata del grado di umanizzazione e sicurezza nella Residenze Socio Assistenziali per anziani nel corso della pandemia da SARS – CoV-2. Inoltre, al fine dell’implementazione del progetto, il Piemonte ha partecipato alla sperimentazione pilota in 2 RSA regionali, finalizzata alla messa a punto dello 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 di rilevazione il Piemonte ha, altresì, partecipato alla fase di sperimentazione nazionale finalizzata a perfezionare 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 è stata altresì 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. Pre-requisito 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 ha perseguito 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 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'avere 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 cadute, 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 delle 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.

Si è, inoltre, provveduto ad un'attività di sviluppo dei progetti di empowerment – in linea con le previsioni del Piano di cronicità regionale – attraverso la pianificazione di specifiche strategie ed azioni atte a costruire un efficace partenariato in coerenza con le Linee di indirizzo New Heaven. 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.

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

AMBITO INTERVENTO 1

COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE

Il progetto ha previsto quanto segue:

Proseguo dell'attuazione del disposto 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.

Attuazione del disposto della D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 di recepimento degli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.07.2020 e n. 30/CSR del 25.03.2021 e di approvazione procedimento per l'accREDITAMENTO e coordinamento regionale delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per pazienti adulti e pediatrici.

Gli Accordi sopra citati definiscono i contenuti di accREDITAMENTO delle reti in argomento, volti alla qualificazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, adulti ed in età evolutiva, candidabili alle cure palliative ed alla terapia del dolore, inserendo il processo nelle procedure di accREDITAMENTO ordinariamente utilizzate e prevedendo altresì l'attivazione di un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato negli Accordi medesimi. In specifico si è valutato che la necessità di accREDITAMENTO delle reti previsto dagli Accordi di cui ai paragrafi precedenti comporta la revisione degli assetti e degli organismi di coordinamento delle reti di cui trattasi, implicando anche una nuova visione dei rapporti professionali che consentirà di sperimentare una strategia di integrazione coordinata tra staff di medici, infermieri e operatori di aziende e di enti diversi, regolata da un protocollo per accessi appropriati e pienamente rispondenti al bisogno di cura, nell'ottica della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Inoltre, l'integrazione delle responsabilità ed anche di tutte le risorse disponibili, sia a livello ospedaliero, sia territoriale è la condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, garantendo un ottimale utilizzo delle risorse. Pertanto con DD. n. 300 del 22.02.2022, è stata data attuazione alla D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021, inerente a "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 [...]", con l'individuazione dei referenti clinici e definizione dei gruppi di supporto per l'elaborazione delle strategie di programmazione regionale e per l'attuazione di quanto disposto dagli Accordi della Conferenza Stato Regioni, in tema di cure palliative e terapia del dolore.

Con specifico riferimento alla rete regionale di terapia del dolore, si è previsto di:

- individuare il referente clinico della Rete regionale di Terapia del Dolore per il paziente adulto;
- precisare che per le attività di supporto nell'elaborazione delle strategie di programmazione regionale e per l'attuazione di quanto disposto dagli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.7.2020 e n. 30/CSR del 25.3.2021, il Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari della Direzione Sanità e Welfare, può avvalersi di professionisti scelti in base al possesso di specifici requisiti formativi e professionali negli ambiti di cui trattasi, appartenenti alle Aziende Sanitarie regionali, alle strutture private accreditate afferenti alle Reti in argomento, alle Società Scientifiche ed agli Enti del Terzo Settore operanti in terapia del dolore;

- individuare i seguenti professionisti che - in relazione alla specifica materia trattata - potranno essere coinvolti nelle attività di supporto per l'elaborazione delle strategie di programmazione regionale e per l'attuazione di quanto disposto dagli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.7.2020 e n. 30/CSR del 25.3.2021:
 - # i responsabili delle strutture di Terapia del Dolore delle AASSRR;
 - # i referenti per la terapia del dolore dei Presidi Gradenigo – Humanitas e Cottolengo di Torino e dell'IRCCS di Candiolo;
 - # i Medici di Medicina Generale in possesso di comprovata esperienza in terapia del dolore;
 - # gli specialisti ambulatoriali (SUMAI), in possesso di comprovata esperienza in terapia del dolore; # gli infermieri esperti in terapia del dolore, che operano nelle strutture delle AASSRR, dei Presidi Gradenigo – Humanitas e Cottolengo di Torino e dell'IRCCS di Candiolo;
 - # il coordinatore dell'area ospedaliera della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, per la Rete di Terapia del Dolore per il paziente adulto;

Il gruppo di lavoro, come sopra descritto, ha lavorato nel corso dell'anno, in particolare sui seguenti ambiti:

- individuazione dei criteri e dei requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture eroganti terapia del dolore, al fine dell'accreditamento della rete;
- aggiornamento delle linee guida e dei PSDTA sulla terapia del dolore, specificamente sul dolore oncologico e sul low back pain;
- programmazione di corsi di formazione e di aggiornamento per tutto il personale operante in terapia del dolore.

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

AMBITO DI INTERVENTO 2

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

Il progetto ha previsto quanto segue:

Proseguo dell'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.

Attuazione del disposto della D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 di recepimento degli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.07.2020 e n. 30/CSR del 25.03.2021 e di approvazione procedimento per l'accreditamento e coordinamento regionale delle reti di cure palliative e di terapia del dolore per pazienti adulti e pediatrici.

Gli Accordi sopra citati definiscono i contenuti di accreditamento delle reti in argomento, volti alla qualificazione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, adulti ed in età evolutiva, candidabili alle cure palliative ed alla terapia del dolore, inserendo il processo nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate e prevedendo altresì l'attivazione di un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato negli Accordi medesimi.

In specifico si è valutato che la necessità di accreditamento delle reti previsto dagli Accordi di cui ai paragrafi precedenti comporta la revisione degli assetti e degli organismi di coordinamento delle reti di cui trattasi, implicando anche una nuova visione dei rapporti professionali che consentirà di sperimentare una strategia di integrazione coordinata tra staff di medici, infermieri e operatori di aziende e di enti diversi, regolata da un protocollo per accessi appropriati e pienamente rispondenti al bisogno di cura, nell'ottica della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Inoltre, l'integrazione delle responsabilità ed anche di tutte le risorse disponibili, sia a livello ospedaliero, sia territoriale è la condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, garantendo un ottimale utilizzo delle risorse.

Pertanto con DD. n. 300 del 22.02.2022, è stata data attuazione alla D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021, inerente a "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 [...]”, con l'individuazione dei referenti clinici e definizione dei gruppi di supporto per l'elaborazione delle strategie di programmazione regionale e per l'attuazione di quanto disposto dagli Accordi della Conferenza Stato Regioni, in tema di cure palliative e terapia del dolore. Con specifico riferimento alla rete regionale di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente in età pediatrica, si è previsto di:

- individuare il referente clinico della rete regionale di cure palliative e di terapia del dolore per il paziente in età pediatrica;
- precisare che per le attività di supporto nell'elaborazione delle strategie di programmazione regionale e per l'attuazione di quanto disposto dagli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.7.2020 e n. 30/CSR del 25.3.2021, il Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari della Direzione Sanità e Welfare, può avvalersi di professionisti scelti in base al possesso di specifici requisiti formativi e professionali negli ambiti di cui trattasi, appartenenti alle Aziende Sanitarie regionali, alle strutture private accreditate afferenti alle Reti in argomento, alle Società Scientifiche ed agli Enti del Terzo Settore operanti in cure palliative e di terapia del dolore per il paziente in età pediatrica;
- individuare i seguenti professionisti che - in relazione alla specifica materia trattata - potranno essere coinvolti nelle attività di supporto per l'elaborazione delle strategie di programmazione regionale e per l'attuazione di quanto disposto dagli Accordi Rep. atti n. 118/CSR e n. 119/CSR del 27.7.2020 e n. 30/CSR del 25.3.2021:

i responsabili delle strutture di Pediatria delle AASSRR;

i Pediatri di Libera Scelta, in possesso di comprovata esperienza in terapia del dolore e cure palliative pediatriche;

gli specialisti ambulatoriali (SUMAI), in possesso di comprovata esperienza in terapia del dolore e cure palliative pediatriche;

il coordinatore della Federazione Italiana di Cure Palliative (FEDCP)– Sezione del Piemonte

il coordinatore della Società Italiana di Cure Palliative (SICP)– sezione del Piemonte

gli infermieri esperti in terapia del dolore e cure palliative pediatriche, che operano nelle strutture delle AASSRR;

il coordinatore della Rete interregionale di Oncologia ed Oncoematologia Pediatrica

il coordinatore della Rete regionale per l'insufficienza respiratoria nel paziente pediatrico, per la Rete di Terapia del Dolore e di Cure Palliative pediatriche.

Il gruppo di lavoro, come sopra descritto, ha lavorato nel corso dell'anno, in particolare sui seguenti ambiti:

- individuazione dei criteri e dei requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture eroganti cure palliative e terapia del dolore per il paziente pediatrico, al fine dell'accreditamento della rete;

- aggiornamento delle linee guida e dei PSDTA sulle cure palliative e sulla terapia del dolore in età pediatrica;
- programmazione di corsi di formazione e di aggiornamento per tutto il personale operante in cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica.

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

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

DENOMINAZIONE PROGETTO: PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

RISULTATI RAGGIUNTI 2022

PP1 SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE

È stato firmato il protocollo d'intesa tra Regione Piemonte - Assessorato Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria e Assessorato Istruzione Lavoro, Formazione Professionale e Diritto allo studio - e Ministero dell'Istruzione - Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte per le attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole (approvato con DGR n. 7-5553 del 5/9/2022). Sono stati caricati da tutte le ASL nella banca dati ProSa i progetti a Catalogo che nel 2022 sono riusciti a sviluppare almeno un intervento di pratiche raccomandate oltre ai progetti specifici di ogni territorio. In alcuni territori si sono consolidati i tavoli di lavoro già esistenti e costituiti con enti e associazioni del terzo settore e il mondo del volontariato per rispondere ai diversi bisogni delle scuole, in altri territori si è iniziato a lavorare a tavoli intersettoriali per definire progetti di qualità che possano essere inseriti nel catalogo locale.

È terminata 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 la messa a disposizione del toolkit www.muovinsieme.dors.it per l'implementazione in tutti i territori interessati piemontesi e non solo. Nel 2022 si sono svolti un percorso formativo a livello regionale sul progetto "Muovinsieme", in occasione della chiusura della sperimentazione, un percorso di formazione per operatori sul progetto Diario di Salute e una giornata di lavoro congiunto (scuola e sanità) per uniformare i materiali di progetto del Patentino per lo smartphone su tutto il territorio regionale. L'offerta formativa e progettuale a Catalogo e le relative possibilità di collaborazioni con interventi mirati è sempre preceduta da una analisi interna per la sostenibilità dei Servizi e si presta continuamente ad una attenzione per una distribuzione il più possibile capillare ed equa sui diversi territori.

PP2 COMUNITÀ ATTIVE

Le azioni del programma Comunità Attive sono state la via per avviare, riprendere, rinnovare collaborazioni e progetti di comunità, per la promozione della salute e dell'attività fisica, dopo la pandemia. Nello specifico, la maggior parte delle ASL ha investito sulla comunicazione e sulla formazione intersettoriale. Rispetto alla comunicazione, sono stati ampiamente utilizzati e diffusi i materiali di comunicazione e di advocacy messi a disposizione per celebrare la Giornata mondiale dell'attività fisica 2022 e per contattare le Amministrazioni locali e nuovi partner e per consolidare le alleanze attive sui temi quali, ad esempio, sport, benessere, politiche per la mobilità attiva e sostenibile, politiche per la salute, partecipazione dei cittadini, urban health.

Tutte le ASL hanno usufruito delle proposte formative regionali e alcune realtà le hanno arricchite con percorsi intersettoriali a livello locale, sui temi dell'attività fisica, della mobilità sostenibile e sulle competenze per essere capo-camminata per gruppi di cammino. La partecipazione al "Convegno in Festa. Comunità attive... un bilancio per rilanciare!", svoltosi a Manta a settembre 2022 è stata per molte ASL un'importante occasione di incontro in presenza, aggiornamento e scambio di buone prassi tra i territori. Tutte le ASL sono impegnate nella documentazione, valorizzazione e rendicontazione dei gruppi di cammino, grazie alla realizzazione della scheda progetto precompilata "Comunità attive: i gruppi di cammino" su ProSa. Sempre su ProSa la mappa dei gruppi di cammino mostra un'offerta di gruppi rivolta ad adulti, neo mamme, anziani e all'inclusione di soggetti con patologie croniche e/o con fattori di rischio. I percorsi di Attività Fisica Adattata sono in ripresa, secondo le indicazioni elaborate dal sottogruppo di lavoro regionale AFA nel 2022. In buona parte dei territori sono state avviate ricognizioni di interventi e risorse che rendano il movimento una scelta alla portata di tutti e disponibile nelle zone più svantaggiate.

Il sottogruppo di lavoro "Mappatura e advocacy" nel corso del 2022 ha definito uno strumento comune a tutte le ASL per effettuare la ricognizione delle strutture, organizzazioni ed attività disponibili sul territorio dell'ASL di competenza per attività di promozione dell'attività fisica e della mobilità sostenibile nella popolazione. Il sottogruppo di lavoro ha inoltre riflettuto sui principali step organizzativi e operativi del processo di mappatura

ed elaborato un documento che li descrive: “Processo per la ricognizione con integrazioni organizzative e operative da parte delle ASL”.

PP3 LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE

Nel 2022 la Comunità di pratica regionale WHP, dedicata allo sviluppo delle azioni del programma, si è rivelata ancora un valido modello gestionale che ha permesso un confronto a più livelli. Anche l'utilizzo dell'area, a essa dedicata, sulla piattaforma Moodle “MEDMOOD” si è dimostrata un valido strumento per la progettazione e lo sviluppo delle attività e per la reperibilità/condivisione dei vari materiali/documenti e delle comunicazioni. La Comunità di pratica regionale WHP nel 2022 ha predisposto il documento “Modello organizzativo per l'avvio sperimentale della Rete WHP Regione Piemonte 2023-2025” contenente il “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”; il documento è stato presentato al Comitato di Coordinamento regionale (CRC), ex DLgs 81/08 e smi. È stata revisionata la struttura del corso FAD WHP “Lavoratori e stili di vita: dall'informazione alla progettazione di interventi”, realizzato ed erogato con il precedente PRP, parte integrante delle azioni da attivare da parte delle aziende/imprese aderenti alla Rete WHP Regione Piemonte (cfr. “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili” - Area tema trasversale pratica raccomandata 6.1). Tutte le ASL hanno costituito il gruppo ASL WHP per lo sviluppo e l'implementazione delle attività relative alla Rete WHP Regione Piemonte secondo quanto definito dal modello organizzativo.

PP4 DIPENDENZE

Nel 2022 si è lavorato alla costituzione di gruppi di lavoro, a una riflessione condivisa sulla definizione degli indicatori di processo e di programma e a un confronto sulle attività di prevenzione progettate e realizzate sui diversi territori della Regione. A tal fine sono state realizzate le mappature dei servizi e dei progetti di prevenzione, limitazione dei rischi e riduzione del danno e dei servizi di alcolologia e trattamento del tabagismo. Una parte importante del lavoro realizzato nel 2022 è stata dedicata alla condivisione della progettazione ed avvio delle attività del Centro Regionale di Promozione della Salute sito a Torino presso l'Educatore della Provvidenza, che si propone come punto di riferimento regionale per attività di prevenzione e promozione della salute sui temi del gioco d'azzardo, alcol e tecnologie, spazio di confronto tra operatori sulle buone pratiche, luogo di incontro per eventi a valenza regionale, archivio documentazione e audiovisivi. Sono stati inoltre realizzati tre diversi percorsi formativi finalizzati all'acquisizione e al consolidamento di specifiche competenze relative alla valutazione degli interventi di prevenzione, sull'intervento breve, sulla motivazione e sui percorsi condivisi tra i diversi attori che operano nel settore (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti di Salute Mentale, Dipartimenti Dipendenze, Scuole, MMG, PLS, Enti del privato accreditato, Associazioni, ecc.). Inoltre, in tema di contrasto del gioco d'azzardo, è stata progettata la campagna di comunicazione “Non è un bel gioco”, avviata a marzo 2023, che comprende strumenti quali il numero verde regionale, social media (Facebook ed Instagram), sito dedicato, locandine e materiale informativo, Gap Tour (eventi territoriali di informazione e prevenzione), eventi divulgativi e dibattiti pubblici presso i Comuni aderenti alla campagna.

PP5 SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA

Il programma PP5, per quanto riguarda gli incidenti stradali, nel 2022 si è concentrato nel consolidamento della collaborazione intersettoriale tra la Direzione regionale Sanità e Welfare e la Direzione regionale competente in materia di trasporti, al fine di coordinare le rispettive politiche e programmazioni di settore; tale percorso ha avuto come esito la partecipazione della sanità alla stesura del Piano Regionale della Mobilità e dei Trasporti- PRMT e la partecipazione di un rappresentante del settore trasporti al gruppo regionale del PP5. Questo consentirà nei prossimi anni la costruzione di sinergie su diversi piani inerenti l'incidentalità stradale. La rete Safe Night ha lavorato alla revisione degli strumenti di valutazione e all'allargamento del gruppo, infatti tutte le ASL piemontesi hanno individuato un referente.

Per quanto riguarda gli incidenti domestici il programma si è concentrato sulla progettazione di un percorso formativo per i caregiver e gli operatori sanitari che si recano a domicilio, da erogare nel 2023. Il report sugli incidenti domestici è stato realizzato con i dati disponibili. Riguardo all'azione equity-oriented, quasi tutte le ASL hanno individuato un territorio svantaggiato grazie allo strumento messo a disposizione dal Servizio di Epidemiologia (indice HAZ); questo permetterà alle ASL di mappare i servizi del terzo settore che si occupano

di invecchiamento attivo e con loro costruite progetti tailor made sulla prevenzione degli incidenti domestici degli anziani.

PP6, 7, 8 LAVORO E SALUTE

Nella prima parte del 2022 è stato formalizzato il gruppo unico di coordinamento regionale dei programmi 6, 7 e 8, composto dai referenti di tali programmi e da quello del PP3. Il gruppo si è riunito a più riprese nel corso dell'anno per definire a livello unitario le attività da svolgere per la progettazione e realizzazione dei PMP. Parallelamente, al fine di dare una nuova organizzazione al Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 DLgs 81/2008 (CRC), sono stati formalizzati i gruppi di lavoro tematici, in raccordo con i gruppi di lavoro tecnici regionali già in essere ed all'esito di un'attività di consultazione con le parti sociali coinvolte nel CRC al fine di individuare i referenti delle associazioni/enti da inserire nei gruppi. I gruppi di lavoro tematici hanno provveduto ad individuare il rischio specifico oggetto di ciascun PMP, condiviso poi all'interno del CRC, tenendo conto delle priorità individuate a livello territoriale, delle specifiche esigenze e delle indicazioni nazionali. Sono stati individuati i seguenti rischi specifici: PMP "Agricoltura": rischio infortuni su attrezzature e macchine agricole e rischio legato al lavoro in ambienti confinati; PMP "Edilizia": rischio di caduta dall'alto; PMP "Rischio cancerogeno professionale": rischio per la salute dei lavoratori nelle attività di saldatura; PMP "Rischio di patologie professionali dell'apparato muscolo scheletrico": rischio del sovraccarico biomeccanico del rachide nel settore della logistica; PMP "Rischio Stress correlato al lavoro": rischio aggressioni nel comparto sanitario. È stato individuato il percorso da intraprendere e seguire per l'attivazione dei PMP, sono state definite le buone prassi/pratiche da seguire negli ambiti di rischio specifico, predisposte le schede anagrafiche e di autovalutazione e tracciate le linee guida per gli operatori dello SPreSAL. L'attività si è orientata, altresì, verso l'individuazione del campione di imprese da selezionare da coinvolgere nell'attivazione dei PMP, con il supporto delle parti sociali, nonché del Servizio di Epidemiologia (SEPI). Sono stati inoltre avviati confronti preliminari all'interno dei singoli gruppi e a livello del gruppo di coordinamento finalizzati all'individuazione degli indicatori di verifica di efficacia dei PMP. La Regione ha organizzato un corso di formazione, con modalità webinar, in collaborazione con INAIL – Dipartimento Medicina, Epidemiologia, Igiene del lavoro ambientale, diretto ai partecipanti della componente tecnica dei gruppi di lavoro tematici ed esteso, tramite registrazioni e condivisione di materiali, agli operatori SPreSAL dedicati all'applicazione della metodologia dei PMP. Successivamente, ciascun gruppo di lavoro tematico ha organizzato un corso di formazione, con modalità webinar, diretto agli operatori SPreSAL finalizzato alla presentazione dei contenuti tecnici e della documentazione predisposta per ciascun PMP. Sono state avviate iniziative di comunicazione dei Piani Mirati di Prevenzione, in particolare in occasione della Settimana Europea per la Sicurezza e la Salute sul lavoro (43a settimana dell'anno).

PP9 AMBIENTE, CLIMA E SALUTE

Sono state investite molte risorse per avviare/consolidare collaborazioni con altre Direzioni regionali (in particolare le Direzioni Ambiente, Trasporti, Agricoltura, Coordinamento Politiche e Fondi Europei) in un'ottica di integrazione multidisciplinare e di apporto reciproco, finalizzati ad inserire aspetti di tutela della salute nei piani e programmi di altri Settori e, contemporaneamente, a valorizzare strategie connesse a politiche extrasanitarie per le finalità definite dal Piano di Prevenzione. È proseguita e si è consolidata anche la cooperazione con ARPA, IZS e le Università di Torino e del Piemonte Orientale, in particolare nell'ambito delle attività che 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" (DD 1924 del 29/11/2021) ha svolto, per fornire supporto sugli studi e le azioni di monitoraggio condotti relativamente agli impatti del polo chimico di Spinetta Marengo e della TAV Torino-Lione. I rappresentanti regionali designati hanno garantito la partecipazione alle attività della Task Force nazionale "Ambiente e Salute". Nel corso del 2022 sono stati garantiti momenti di confronto con il livello territoriale durante i quali sono stati illustrati i risultati delle attività svolte dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica negli ultimi anni (2019-2021) e approfonditi punti di forza e di debolezza su pratiche ambientali e attività connesse alla tematica "ambiente e salute", nell'ottica delle evoluzioni previste dal Sistema SNPS, sopra richiamate. A livello regionale sono stati organizzati diversi momenti formativi (su rischi da radiazioni e su tematiche REACH-CLP), anche in collaborazione con personale SNPA, che hanno visto ampia partecipazione di operatori delle ASL e anche di personale delle ASO. Nell'ambito delle tematiche REACH-CLP e sicurezza dei prodotti cosmetici le ASL hanno svolto le attività di campionamento e controllo programmate. Per quanto riguarda la tematica amianto, è ripresa la collaborazione con il Settore competente

della Direzione Ambiente, che sta curando l'aggiornamento del Piano regionale amianto. Il gruppo di lavoro composto da IISBE Italia, Ordini professionali, ASL e ARPA ha lavorato all'aggiornamento e al completamento del "Documento regionale di indirizzo per la salubrità e sostenibilità di edifici ad uso lavorativo generico". Il gruppo di programma e IISBE Italia, a partire dal documento "Protocollo internazionale SNTool a scala urbana", hanno avviato le attività di ricognizione degli indicatori utili a delineare il profilo di esposizione ai determinanti di contesto e il livello di deprivazione per la costruzione delle linee di indirizzo per l'espressione di pareri sulle VAS. Con la Direzione Ambiente è stato approvato il provvedimento di aggiornamento della mappatura radon, che sarà oggetto di iniziative di sensibilizzazione nei confronti dei Comuni ritenuti particolarmente a rischio. La sottocommissione regionale "Acque potabili" ha redatto la procedura finalizzata alla gestione delle non conformità microbiologiche nell'ambito del controllo delle acque destinate al consumo umano, poi inviata a tutte le ASL. Le ASL AT, TO3 e TO4 hanno lavorato all'aggiornamento del Sistema Informativo Unificato Regionale per la gestione delle acque potabili e successivamente ne hanno testato la funzionalità, apportando le opportune modifiche per renderlo correttamente fruibile. Oltre alle attività di studio e monitoraggio avviate sulle aree attorno al Polo chimico di Spinetta Marengo e lungo la tratta ferroviaria AV Torino-Lione, il Settore regionale ha aderito al progetto nazionale "Aria outdoor e salute. Un atlante integrato a supporto delle decisioni e della ricerca" finanziato nell'ambito del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC) al Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), consolidando così l'impegno in interventi di valutazione dello stato di salute della popolazione in aree ad elevata pressione ambientale. I SISP hanno effettuato la ricognizione delle iniziative in tema di riduzione, riuso, riciclo e raccolta differenziata già attive nelle proprie Aziende e, ove non presenti, hanno definito possibili interventi da promuovere in futuro per la corretta gestione dei rifiuti nelle strutture aziendali. Hanno inoltre promosso la divulgazione dei contenuti della campagna informativa connessa con la Settimana Europea per la Riduzione e Riciclo dei Rifiuti. A livello regionale sono state definite strategie da attuare in futuro sulla tematica, in collaborazione con il PP3. Il gruppo regionale di programma ha organizzato una serie di incontri con il PP1, la Direzione Ambiente e l'Associazione Labsus, per avviare il confronto finalizzato alla progettazione di azioni per il miglioramento della qualità dell'aria rivolte agli ambiti scolastici. Infine è stato avviato il confronto con ARPA, IZS e Direzione Agricoltura per individuare le fonti informative e le potenziali modalità di condivisione di dati, utili a facilitare i Dipartimenti di Prevenzione nella valutazione degli impatti sanitari delle filiere agricole e zootecniche.

PP10 MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA

Nel 2022 il programma si è particolarmente focalizzato nel ridefinire le modalità organizzative di lavoro. Sono proseguite le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo definite dal PRP e dagli indicatori GLICA. Gli obiettivi di rafforzamento delle ISRI dedicate alle attività territoriali sembrano spesso non attuati e non è ancora del tutto definito l'obiettivo di incardinare nelle Direzioni Aziendali la funzione ICA/AMR. L'obiettivo regionale di avviare la sperimentazione dell'informatizzazione di laboratori ha subito qualche ritardo in quanto è in fase conclusiva la valutazione dei costi. Tra gli altri obiettivi e standard indicati dal Piano nazionale in relazione alle attività di sorveglianza, AMR e ICA, la conduzione regionale è in anticipo sul calendario prefissato e in qualche caso già in linea con gli obiettivi 2025. L'emergenza pandemica ha influenzato anche nel 2022 le attività dei Servizi territoriali e ospedalieri. Il perdurare dei problemi di utilizzo delle risorse, tra cui il personale, e la necessità di riorganizzazione della attività, ha richiesto di posticipare le attività di formazione e di allungare i tempi dell'informatizzazione.

PL11 PRIMI 1000 GIORNI

Le azioni previste sono state portate avanti con partecipazione e interesse da parte del gruppo regionale di coordinamento e dei referenti locali. Il Tavolo intersettoriale regionale è stato accolto con favore e le riunioni sono state molto partecipate. Si è consolidata la collaborazione con i Centri per le Famiglie (attraverso la partecipazione al gruppo regionale di coordinamento di una rappresentante del settore afferente l'area Welfare); è stato avviato un dialogo con la Direzione regionale Ambiente e nello specifico con il settore dei Parchi. La possibilità di far conoscere l'importanza dei primi 1000 giorni di vita per lo sviluppo in termini di salute, anche al di fuori dell'ambito sanitario, e poter quindi creare linguaggi comuni, è sicuramente il primo passo per poter sostenere anche le famiglie più svantaggiate nel garantire la miglior salute possibile ai propri figli e in maniera

indiretta ai genitori stessi. Si è avviata la costituzione dei tavoli intersettoriali locali, con connotazioni molto diverse a seconda dei territori. Sono stati realizzati momenti di confronto periodico tra i referenti locali del programma. La distribuzione del materiale multilingue della campagna "Maneggiare con cura" (prevenzione incidenti nella prima infanzia) ha dato l'opportunità di un confronto rispetto all'utilizzo dei materiali multilingue, soprattutto in lingue in cui le persone hanno una conoscenza superficiale della lingua "ufficiale", utilizzano dialetti locali e hanno poca dimestichezza con la lingua scritta.

aniera indiretta ai genitori stessi. Si è avviata la costituzione dei tavoli intersettoriali locali, con connotazioni molto diverse a seconda dei territori. Sono stati realizzati momenti di confronto periodico tra i referenti locali del programma. La distribuzione del materiale multilingue della campagna "Maneggiare con cura" (prevenzione incidenti nella prima infanzia) ha dato l'opportunità di un confronto rispetto all'utilizzo dei materiali multilingue, soprattutto in lingue in cui le persone hanno una conoscenza superficiale della lingua "ufficiale", utilizzano dialetti locali e hanno poca dimestichezza con la lingua scritta.

PL12 SETTING SANITARIO: LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA CRONICITÀ

Nell'anno 2022 sono stati costituiti gruppi di lavoro multidisciplinari (prevenzione e cronicità) a livello regionale e aziendale. La Regione Piemonte ha partecipato al percorso di formazione nazionale FAD50 con 20 professionisti della salute designati a livello regionale. Tra i professionisti coinvolti, hanno partecipato anche due Medici di Medicina Generale, coordinatori del corso regionale di formazione specifica per la Medicina Generale. È stata attivata una edizione regionale per entrambi i percorsi FAD24 previsti a partire dal 2023, ma avviati già nel 2022):

- 1) Professionisti della Salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio (sono stati formati 113 professionisti);
- 2) Medici Competenti: le competenze professionali del medico competente nel supporto al cambiamento degli stili di vita a rischio (sono stati formati 46 professionisti).

È stato definito l'“indice regionale” (Health Action Zone - HAZ) che è stato utilizzato dai gruppi di coordinamento dei programmi e dalle ASL come strumento per individuare le aree con caratteristiche di maggior deprivazione sociale e bisogni di salute. È stata avviata la progettazione in ciascuna Azienda di un intervento di promozione della salute in almeno una delle aree individuate. È stato realizzato l'evento di comunicazione/informazione il 13/10/2022 dal titolo: “Una sanità a misura di comunità - Partecipazione civica e sviluppo dell'assistenza territoriale” in collaborazione con ASL, AO, Rete HPH e Cittadinanzattiva.

PL13 ALIMENTI E SALUTE

È stato costituito il “Gruppo di lavoro intersettoriale di ricerca e documentazione sui determinanti di salute correlati all'alimentazione con funzioni di Tavolo Tecnico Regionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN)”. Nell'ambito del programma di formazione PRISA, approvato con DD n. 507/A1409C/2022 del 25/03/2022, sono stati realizzati 5 corsi di formazione coordinati a livello regionale sui temi del PL13. Tra questi, l'evento formativo “Etichettatura dei prodotti alimentari Applicazione delle procedure operative relative ai controlli sull'etichettatura degli alimenti (Reg UE 1169/2011) e sulle indicazioni nutrizionali e salutistiche (Reg. CE n. 1924/2006)”. Con riferimento alla formazione degli operatori del settore alimentare, è stata avviata una sinergia tra Direzione Sanità e Direzione Commercio finalizzata alla costruzione di un percorso di modifica e aggiornamento degli strumenti attualmente disponibili per la formazione obbligatoria degli Operatori della somministrazione e commercio di alimenti. È stato inoltre definito un documento contenente i principi generali per coordinare le attività di comunicazione delle ASL ed è stato uno strumento per la rilevazione del rischio nutrizionale da parte dei consumatori, che sarà somministrato nel 2023.

Tutte le ASL hanno proposto ad Istituti comprensivi che insistono in zone “di disagio sociale” almeno un progetto di promozione di sane abitudini alimentari. Gli istituti sono stati selezionati utilizzando lo strumento HAZ che permette di selezionare le zone di azione per la salute individuate attraverso la combinazione di una serie di indici di deprivazione (fragilità culturale, carenza di lavoro, carenza di reddito, fragilità delle relazioni sociali). Tutti i progetti sono stati caricati sulla banca dati ProSa.

Con riferimento alle azioni di contrasto della malnutrizione, è stata avviata una ricognizione delle realtà già presenti sul territorio che a livello ospedaliero hanno attivato in fase di accettazione in corsia/struttura un test

di screening con successiva eventuale presa in carico del paziente da parte del dietista o dello specialista dietologo. Tutti i SIAN hanno dato attuazione al programma regionale di sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva, attraverso la predisposizione e somministrazione in occasione delle visite ispettive di specifica check list di autovalutazione del rischio nutrizionale. In ultimo, con DD n. 2570/A1409C/2022 del 22/12/2022 si è proceduto alla “Definizione formale del Centro di Riferimento Regionale per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA)”. Si è provveduto inoltre al riordino della rete dei laboratori pubblici e privati che aderiscono al programma regionale di indagine delle coproculture e relative positività, ai fini della raccolta e monitoraggio dei casi di gastroenteriti infettive verificatisi a livello regionale ed all’individuazione di cluster e focolai.

PL14 PREVENZIONE MALATTIE INFETTIVE

Il 2022 è ancora stato interessato dallo stato di emergenza pandemica COVID19 ma le azioni previste dal piano per il 2022 sono state svolte, raggiungendo gli obiettivi previsti ad esclusione del completamento del piano di formazione. Tutte le ASL hanno adottato il “Sistema di segnalazione delle Malattie Infettive” del Ministero della Salute PreMal e il processo di adattamento e di miglioramento della qualità delle segnalazioni è proseguito per tutto l’anno, in continuità con le indicazioni regionali e ministeriali. Sono proseguite le attività di coordinamento con i Piani tematici (Emergenza, Vaccini, Vettori) in modo da collegare tutti i molteplici argomenti che rientrano sotto la definizione di “malattia infettiva”. Sono state effettuate ricognizioni sulla presenza di screening della tubercolosi, offerta di screening e dei percorsi diagnostico-terapeutici per le IST, al fine di costruire mappe di distribuzione sul territorio piemontese.

PL15 SCREENING ONCOLOGICI

Nel 2022 è stato completato il recupero del ritardo per quanto riguarda gli inviti ai programmi di screening della mammella e della cervice uterina. È stato raggiunto l’obiettivo di copertura da inviti anche per lo screening del colon-retto ma solo per il percorso di invito per la ricerca del sangue occulto nelle feci (FIT), mentre non è stato raggiunto per il percorso che prevedeva l’invito a sigmoidoscopia. La copertura da esami per il 2022 è in generale risultata bassa, in particolare se confrontata all’attività pre-pandemia, ed è stato raggiunto l’obiettivo solo per gli screening della mammella e della cervice, mentre non è stato raggiunto per lo screening del colon-retto. Questa flessione di attività, dovuta anche ad un calo di partecipazione al programma, potrebbe essere dovuto al fatto di aver invitato nel programma una quota importante di persone precedentemente non aderenti, per scelte di priorità precedenti post-pandemia. Per quanto riguarda lo screening della cervice uterina, l’adozione del protocollo modulato in base allo stato vaccinale è stato posticipato al 2023, dato che le risorse per la modifica dell’applicativo sono state destinate su altre attività prioritarie legate al recupero del ritardo post-pandemia. Per questo motivo anche la formazione sul nuovo protocollo rivolta agli operatori è stata rinviata al 2023. Nell’ambito del programma “Prevenzione Serena” e del progetto regionale “Farmacia dei Servizi” (DGR n. 2-676 dell’11 dicembre 2019 e DGR 9-n. 5555 del 5 settembre 2022), è stata attivata una collaborazione con Federfarma finalizzata alla distribuzione e raccolta dei campioni per la ricerca del sangue occulto, presso le farmacie piemontesi. Nel 2022 è stato attivato in Piemonte un servizio CUP regionale dedicato alle prenotazioni dei test di screening, con accesso 7 giorni su 7 dalle 8.00 alle 20.00, nell’ottica di facilitare l’accesso al pubblico. È continuata l’attività di integrazione dell’attività opportunistica nel programma regionale, e nel 2022 sono stati raggiunti gli obiettivi per gli screening mammella e cervice, mentre permangono ancora alcune criticità per il colon retto (in particolare per alcune aree territoriali). Nell’autunno del 2022 è stato modificato il protocollo dello screening del colon-retto, che prevede il passaggio all’offerta del test FIT come unico test offerto nel programma regionale, ed è stata pianificata una fase di transizione, che si svilupperà nel 2023.

PL16 GOVERNANCE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

Il gruppo Governance ha mantenuto il coordinamento e lo sviluppo delle azioni trasversali e di supporto a tutti i programmi del Piano attraverso il raccordo con i gruppi di programma e i Coordinatori PLP delle ASL. Lo sviluppo di collaborazioni intersettoriali è proseguito su più fronti:

- il rinnovo del protocollo di collaborazione Sanità-Istruzione-Scuola (approvato con DGR 05/09/2022 n. 7-5553) permette di consolidare i rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte;

- è stato costruito l'impianto dell'accordo sul tema "Comunità attive" tra Regione e ANCI Piemonte, con l'obiettivo di implementare il modello della "Salute in tutte le politiche" puntando alla creazione di contesti favorevoli alla salute secondo l'ottica One Health;
- è stata avviata e si è strutturata la collaborazione intersettoriale con altre politiche e programmazioni regionali: Strategia regionale per lo sviluppo sostenibile, Piano regionale Trasporti, Piano per l'invecchiamento attivo, Strategia per il cambiamento climatico.

È stata effettuata l'analisi dei corsi di formazione realizzati nell'anno al fine di valutare i bisogni formativi e definire la stesura del Piano formativo 2023. È stato aggiornato il Piano di comunicazione insieme ad alcuni strumenti (Istantanea PRP e Istantanee tematiche, mappa dei gruppi di cammino, campagna "Maneggiare con cura"); con DD n. 2120/A1409C del 14/11/2022 è stato costituito il gruppo di lavoro "Comunicazione del PRP", con l'obiettivo di supportare i programmi PRP nella definizione e nello sviluppo delle azioni di comunicazione previste. È stata avviata la comunità di pratica HEA formalizzata anche come gruppo di lavoro (DD n. 2140 del 15/11/2022), con compiti di: supporto alle ASL nell'individuazione dei territori sui quali implementare gli interventi e le azioni in ottica di equità; contributo alla definizione di un modello di audit condiviso per monitorare il percorso HEA; monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni equity-oriented del PRP; condivisione, confronto e disseminazione delle esperienze. Con la programmazione annuale regionale PRP, approvata con DD n. 694 del 28 aprile 2022, per ciascun programma è stato definito il quadro logico che correla obiettivi, indicatori e azioni, evidenziando gli standard attesi per l'anno. Attraverso uno strumento informatico appositamente predisposto è stato effettuato il monitoraggio degli indicatori e delle azioni PRP. Il sistema informativo ProSa è stato adeguato per consentire il monitoraggio di alcuni indicatori PRP; sono proseguiti gli incontri formativi e di supporto all'utilizzo di ProSa. Sono state attuate le principali sorveglianze di popolazione. Si è svolta la raccolta HBSC 2022 tramite la compilazione di questionari on-line da parte di un campione a rappresentatività regionale di circa 4000 ragazzi di 11-13-15-17 anni (300 classi campionate) e in alcune scuole dello stesso campione HBSC è stata effettuata anche la raccolta dati GYTS 2022 (Global Youth Tobacco Survey). Il Piemonte ha partecipato allo studio nazionale "Effetti della pandemia da COVID-19 sui comportamenti di salute e sullo stile di vita dei bambini e delle loro famiglie residenti in Italia" attuato con metodologia e campionamento analoghi a quelli di OKkio alla Salute, mediante compilazione di questionari on-line da parte dei genitori dei bambini di terza elementare, che ha visto coinvolte nell'indagine 42 scuole e circa 120 classi. Per l'avvio di queste raccolte è stato organizzato un corso di formazione regionale indirizzato agli operatori delle ASL in data 24 marzo 2022. La "Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia (0-2)" è stata attuata su un campione a rappresentatività regionale, mediante compilazione di un questionario on line da parte di un campione di genitori afferenti ai centri vaccinali in occasione delle vaccinazioni; sono stati compilati circa 1800 questionari La sorveglianza PASSI è stata riattivata in tutte le ASL e, dopo adeguata formazione, tutte le ASL hanno superato almeno il 95% delle interviste previste ed è stato raggiunto per la regione il 100% delle interviste previste. Per Passi d'Argento tutte le ASL hanno provveduto a identificare i coordinatori aziendali e le risorse per l'avvio della sorveglianza continua nel 2023. Tutte le sorveglianze realizzate nel 2022 hanno ottenuto adesioni molto alte e ampiamente rispettato l'atteso in termini di partecipazione prevista e rispetto dei tempi.

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).

RISULTATI RAGGIUNTI 2022

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 2022, 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 2022 il Consiglio Direttivo si è riunito nelle seguenti sedute: 28/01/2022, 11/03/2022, 29/04/2022, 15/06/2022, 16/09/2022 e 25/11/2022. 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.

Sulla scheda GISMA è stata predisposta una nota di accompagnamento che possa aiutare i programmi nella corretta e completa compilazione della scheda e sono stati introdotti alcuni controlli. 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 2022 sono stati pubblicati sul sito ONS i rapporti brevi relativi all'attività del 2020.

Approfondimento su proposta progettuale della Lega Italiana della Lotta contro i Tumori

Nel marzo 2022, la Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) ha trasmesso al Ministero della Salute e alla Conferenza Stato-Regioni una proposta progettuale per il rilancio urgente della prevenzione oncologica su tutto il territorio nazionale. Questa proposta è quindi stata inoltrata ai coordinamenti regionali di screening che hanno ritenuto opportuno analizzarla in seno all'Osservatorio nazionale screening, producendo una nota al documento.

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. Sono state pubblicate in agosto nel Sistema nazionale linee guida dell'Istituto superiore di sanità (Snlg) le Linee guida Screening e diagnosi del tumore della mammella (Adolopment Linee guida europee) – Raccomandazioni fasce di età e intervalli, elaborate dall'Ons e dal Gisma. Il documento rappresenta il primo prodotto del processo di adozione e adattamento (adolopment) delle "Linee guida europee sullo screening e la diagnosi del tumore della mammella" (European guidelines on breast cancer screening and diagnosis), formulate dal Joint research centre (Jrc) dell'European Commission initiative on breast cancer (Ecibc). 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 2022, l'ONS ha continuato la sua attività di monitoraggio sull'andamento dei programmi di screening durante l'epidemia da Coronavirus, misurando quantitativamente, attraverso specifici indicatori, il ritardo accumulato e la capacità di recupero dei programmi in ogni regione. Nel corso del 2022 è stata pubblicata sul sito ONS la quarta indagine Screening e Covid aggiornata al 31 maggio 2021.

Collaborazioni con altri enti e istituzioni

L'ONS ha collaborato con AIOM e AIRTUM alla stesura del volume *I Numeri del Cancro 2022* con la pubblicazione dell'articolo su "I numeri del Cancro in Italia 2022", cap. 4.4 "Gli Screening oncologici in era Covid-19. La diffusione degli Screening oncologici in Italia: andamento nel periodo 2018/2021".

Ha inoltre contribuito alla redazione del 14° rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici 2022 della Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO).

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.

Dall'inizio del 2021 e per tutto il 2022 il GIC ha lavorato alla produzione di materiale informativo dedicato all'integrazione fra vaccinazione contro HPV e screening e i cambiamenti che ne conseguono. In particolare ha prodotto: modello di lettera per utenti vaccinate, modello di lettera per utenti vaccinate invitate, nota Ons "Presupposti per una strategia di comunicazione coordinata e condivisa a supporto dell'ingresso nello screening delle donne vaccinate contro Hpv".

È stato pubblicato in giugno l'aggiornamento delle "100 domande sull'HPV" sul sito del GISCI a cui il CIG ha dato il suo contributo. È stato costituito il gruppo di lavoro sulle 100 domande sullo screening mammografico e sono stati svolti due Focus Group, uno dedicato agli operatori del front office il 18 febbraio, e l'altro il 4 maggio dedicato ai TSRM.

È stato costituito un sotto-gruppo che si è dedicato alla stesura di un documento sulle 10 regole d'oro per una buona comunicazione dello screening con la redazione finale di un piano di comunicazione dell'ONS che possa essere di supporto alle Regioni e ai coordinamenti per la elaborazione dei propri piani di comunicazione.

Gruppo di lavoro su Farmacie e screening coloretale

L'obiettivo del report "Farmacie di comunità e programmi di screening coloretale: primo rapporto sugli accordi regionali e sub-regionali" è fornire una ricognizione dello stato dell'arte degli accordi locali o regionali tra Regioni e/o programmi di screening con le farmacie, associazioni di farmacie o Federfarma locali/regionali, al fine di rendere disponibili a tutti gli attori coinvolti gli elementi qualificanti degli accordi e favorire il miglioramento qualitativo degli accordi futuri, nonché stimolare la riflessione su possibili modalità di valutazione dell'impatto degli accordi stessi. Lo scopo ultimo è quello di individuare, nell'ambito dei singoli accordi, le soluzioni più adeguate all'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. Ha inoltre gestito, tramite il Comitato di redazione, l'invio delle newsletter mensili di aggiornamento.

Organizzazione di eventi

In data 6 dicembre 2022 l'ISPRO ha organizzato il corso "Consapevolezza e coinvolgimento per una sanità di valore: la rendicontazione sociale dei programmi di screening oncologico organizzato", quale momento di restituzione collettiva di quanto fatto nell'ambito del progetto CCM 2019 "Linee guida per la rendicontazione sociale dei programmi di screening".

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”.

Nei giorni 23-24 febbraio 2022 è stato ospitato dall'Università di Torino il secondo webinar dell'International Childhood Cancer Cohort Consortium (I4C), consistito in due “live” webinar suddivisa in due diversi fusi orari per consentire la partecipazione in tutto il mondo.

Il Convegno GRELL 2022 è stato organizzato dal Registro Tumori della Navarra a Pamplona (Spagna) il 18-19-20 maggio 2022. Il 24 giugno si è svolto il seminario organizzato da AIRTum “I Registri Tumori e gli studi di sopravvivenza di popolazione”, a conclusione del quale si è svolta una discussione sulle prospettive nello studio di sopravvivenza di popolazione. Il 5-6 luglio si è svolto il corso di base sulle tecniche di registrazione; il corso, in modalità webinar, ha coinvolto sia ai nuovi operatori dei registri tumori, soci AIRTUM e non, che approcciandosi per la prima volta alle attività di registrazione hanno ricevuto una formazione sulle tecniche di base, sia a operatori esperti che alla luce delle novità emerse negli ultimi anni necessitavano di un aggiornamento.

Dal 19 al 21 ottobre si è svolto a Monopoli il corso di aggiornamento riservato agli operatori dei registri tumori della Puglia aperto agli operatori dei registri tumori italiani.

È stato pubblicato il volume “I numeri del cancro in Italia” 2022. In questa dodicesima edizione tornano i dati aggiornati di incidenza dei tumori, un'importante misura epidemiologica assente nella scorsa edizione. La pandemia da COVID-19 ha, infatti, aumentato le difficoltà di produrre stime sulle incidenze delle neoplasie, insieme a numerosi cambiamenti nella pratica medica dovuti ai tentativi di arginare la pandemia. Anche la raccolta dei dati da parte di molti registri tumori di popolazione ha subito rallentamenti e disfunzioni, mentre solo pochi registri hanno potuto aggiornare i dati delle nuove incidenze neoplastiche.

<https://www.registri-tumori.it/cms/pubblicazioni/i-numeri-del-cancro-italia-2022>

Network Italiano Evidence-based prevention (NIEBP)

Il Network Italiano di Evidence-based Prevention 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 attualmente è formato 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 una rete di “Antenne” regionali. Entro il termine della vigenza dell'accordo saranno individuati altri enti che saranno inseriti nel network.

Il PNP richiama la necessità di rafforzare la base di evidenze dei programmi dei PRP, sia entro le azioni dei Programmi Predefiniti sia nei Programmi Liberi e assegna al NIEBP il ruolo di supporto di questo processo.

Il NIEBP persegue il compito assegnato dal PNP attraverso tre azioni principali:

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

- la messa a disposizione di strumenti utili alla programmazione della prevenzione, fra i quali il Simulatore elaborato nell'ambito del Laboratorio di Prevenzione, che, sulla base di dati relativi alla distribuzione dei fattori di rischio, all'efficacia e ai costi dei programmi di prevenzione specifici, costruisce simulazioni basate su modelli predittivi, che permettono di stimare l'impatto dell'implementazione di tali programmi, il costo e il costo efficacia.

Nel 2021- 2022 sono state pubblicate 115 schede di sintesi di revisioni sistematiche e 17 schede di intervento sui temi del Piano di Prevenzione (NIEBP - il database). Nello stesso periodo sono state inviate 6 newsletter (con cadenza trimestrale) (archivio newsletter (niebp.com) a circa 300 utenti con un tasso di apertura del 38%. Nella sezione "NIEBP - Formazione e valutazione sono stati resi disponibili i materiali dei webinar:

1. "Il Network Italiano Evidence Based Prevention (NIEBP) a supporto dei Piani Regionali della Prevenzione" del 24 maggio 2022;
2. "Orientarsi nella scelta di interventi in prevenzione" del 23 marzo 2021.

Inoltre sono state apportate alcune modifiche alla sezione database del sito permettendo di visualizzare le ultime 10 schede di sintesi e intervento pubblicate e di effettuare una ricerca avanzata sul database applicando alcuni filtri tra cui l'anno di pubblicazione della revisione; nella home page è possibile visualizzare i quattro documenti che hanno avuto un maggior numero di accessi.

È stata definita una rete di "antenne" regionali, che partecipino al comitato delle regioni; a tale scopo il Piemonte ha individuato una professionista quale "antenna" del NIEBP per il Piemonte., che ha partecipato agli incontri svoltisi nel 2022.

Il 24 maggio 2022 si è tenuto il webinar "Il Network Italiano Evidence Based Prevention (NIEBP) a supporto dei Piani Regionali della Prevenzione" rivolto alle Regioni con l'obiettivo di illustrare l'organizzazione e le modalità di funzionamento del NIEBP, descrivere le risorse attualmente disponibili, le attività messe in campo ad oggi e quelle che sulla base delle proposte progettuali delle Regioni potranno essere attivate per supportare la realizzazione dei Piani Regionali di Prevenzione-PRP 2020-2025. Il seminario si è proposto anche di sollecitare le Regioni a predisporre gli Accordi nei tempi utili per dare seguito all'iter procedurale previsto dalla suddetta Intesa, condividendo eventuali criticità e soluzioni affinché le evidenze, le metodologie e gli strumenti messi a disposizione da NIEBP possano realmente essere utili ad accompagnare il percorso di implementazione dei Piani di prevenzione a livello regionale e locale.

Il 21 novembre 2022 si è tenuto il seminario "Formazione NIEBP Antenne Regionali" finalizzato a iniziare il percorso della Rete dei Referenti regionali del NIEBP, e a fornire elementi di conoscenza e di metodo a supporto dell'avvio del progetto. Durante la giornata è stata svolta una breve presentazione del Network NIEBP e del ruolo delle Antenne regionali, un riepilogo degli atti amministrativi necessari per aderire al NIEBP, vi è stata la condivisione di strumenti e delle modalità per la richiesta di supporto da parte del NIEBP in tema di documentazione e valutazione di progetti di prevenzione, ed infine è stata formulata una proposta di programmi e date dei due moduli formativi sui temi dell'Evidence Based Prevention previsti nel corso dell'anno 2023.

A seguito della formazione svolta nel novembre 2022, è stato inviato un questionario alle antenne regionali per rilevare gli interventi di prevenzione e promozione della salute da sottomettere a valutazione e i temi su cui effettuare una ricerca bibliografica approfondita; il Piemonte ha richiesto un approfondimento bibliografico rispetto ai seguenti temi:

- interventi efficaci per la prevenzione dello stress lavoro-correlato e delle patologie muscolo-scheletriche negli operatori sanitari;
- valutazione costo-efficacia di pratiche obsolete e adempimenti normativi che impegnano gli operatori dei dipartimenti di prevenzione;
- interventi di peer education tra gli adolescenti comportamenti a rischio/dipendenze.

I risultati di tali ricerche sono stati resi disponibili nel 2023.

Nel 2022 è stato siglato l'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, approvato con DD n. 2163 del 18/11/2022 e repertoriato in data 28/02/2023 - rep. 124/2023.