

Deliberazione della Giunta Regionale 28 aprile 2025, n. 9-1051

Presenza d'atto e recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 230/CSR e n. 231/CSR del 28/11/2024, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse statali vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN) per l'anno 2024. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2024, pari ad euro 74.975.485,00, e presa d'atto della rendicont...



Seduta N° 67

Adunanza 28 APRILE 2025

Il giorno 28 del mese di aprile duemilaventicinque alle ore 10:15 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, Elena Chiorino Vice Presidente e degli Assessori Enrico Bussalino, Marina Chiarelli, Marco Gabusi, Matteo Marnati, Federico Riboldi, Andrea Tronzano, Gian Luca Vignale con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: gli Assessori

Paolo BONGIOANNI - Marco GALLO - Maurizio Raffaello MARRONE

DGR 9-1051/2025/XII

OGGETTO:

Presenza d'atto e recepimento Accordi Stato Regioni Rep. Atti n. 230/CSR e n. 231/CSR del 28/11/2024, relativi all'assegnazione alle Regioni delle risorse statali vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN) per l'anno 2024. Approvazione delle schede di progetto regionali e delle risorse per l'anno 2024, pari ad euro 74.975.485,00, e presa d'atto della rendicontazione illustrativa degli obiettivi di PSN anno 2023.

A relazione di: Riboldi

Premesso che:

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

- l'articolo 1 comma 5 dell'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 il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10/07/2014) recita: *“le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano possono utilizzare la quota complessiva annua spettante a valere sul riparto della quota vincolata degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale*

per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte del Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate a tali aree di attività. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extra-sanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea”;

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

Preso atto:

- dell'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;

- dell'Intesa Rep. Atti n. 230/CSR, del 28/11/2024, 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 2024;

- dell'Accordo Rep. Atti n. 231/CSR, del 28/11/2024, 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 2024;

- che i citati accordi per le annualità 2023-2024 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 2023	8.097.081	19.432.994	36.775.176	64.305.251
Esercizio 2024	8.899.082	19.416.179	46.660.224	74.975.485

Richiamati i seguenti atti di indirizzo e programmazione regionale:

- 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”;

- 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;

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

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

- 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;

- la D.G.R. n. 42-2743 del 29/12/2015 con cui è stata approvata la riorganizzazione della Rete regionale di Terapia del Dolore, a parziale modifica della D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 di recepimento ed iniziale attuazione dell'Intesa del 25/07/2012, di cui all'art. 5 della Legge 15/03/2010, 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;

- la D.G.R. n. 31-6377 del 28/12/2023 con cui 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;

- la D.G.R. n. 13-401 del 21/11/2024 con cui sono state approvate le schede di progetto regionali del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2023, le cui risorse 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.

Dato atto che:

- per l'adozione dei bilanci di previsione delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR) - annualità 2024, sono state assegnate le risorse vincolate previste per il 2024 sulla base delle risorse assegnate per l'annualità 2023 con la D.G.R. 20 Giugno 2023, n. 9-7070, come indicato da nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023, e successivamente sono state definitivamente assegnate come da D.D. n. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025;
- nel definire i Progetti Obiettivo di PSN 2023 e 2024 si è tenuto conto, tra l'altro, del rispetto dei vincoli economici relativi ai seguenti obiettivi di carattere prioritario:
 - a) Linea progettuale 3: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica;
 - b) Linea progettuale 4: Piano nazionale prevenzione e supporto al Piano nazionale prevenzione;
- le attività rendicontate per l'anno 2023 sono coerenti con gli atti regionali di indirizzo e programmazione come sopra richiamati;
- per l'anno 2023 la spesa del SSR concernente il supporto ai tre network (ONS AIRTUM NIEBP), pari complessivamente a euro 97.165 (quota parte della linea nazionale degli obiettivi da PSN vincolati pari a euro 19.432.994), è stata accantonata nel bilancio d'esercizio 2023 regionale della GSA.

Dato atto, inoltre ,che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione regionale sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2024 a valere sulle risorse del fondo sanitario vincolato annualità 2024, possono essere suddivise tra le Aree come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sulle risorse del FSN Vincolato 2024	Settori regionali competenti
1 - Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità	46.390.224,00	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
2 - Promozione dell'equità in ambito sanitario	270.000,00	A14023B – Affari generali e giuridico legislativo
3 - Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica	8.899.082,00	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari
4 - Piano nazionale della prevenzione e supporto al piano nazionale della prevenzione (incluso euro 97.081,00 per Attività di supporto al PRP in collaborazione con Osservatorio Nazionale Screening, AIRTUM, NiEBP)	19.416.179,00	A1409D - Prevenzione e Veterinaria
TOTALE COMPLESSIVO PSN	74.975.485,00	

Dato atto altresì che, in virtù dell'assetto organizzativo della Direzione Regionale Sanità, le linee progettuali che sono state implementate per l'anno 2024 a valere su altre risorse regionali hanno riguardato una sola area come di seguito specificato:

Linee Progettuali	Importo Assegnato a valere sul fondo sanitario finalizzato	Settori regionali competenti
6 - Realizzazione del numero europeo armonizzato per le cure non urgenti 116117	3.935.986,76	A14013D - Programmazione dei Servizi Sanitarie e Socio-Sanitari

Considerato, inoltre, che a chiusura della rendicontazione 2023 si è prodotta la specifica relazione di cui all'allegato 4) del presente provvedimento che ne costituisce parte integrante e sostanziale, redatto ai sensi dei sopracitati accordi, che illustra per l'anno 2023 i risultati raggiunti, per singolo progetto, e gli stati di avanzamento in coerenza ai provvedimenti regionali di riferimento approvati con la D.G.R. n. 13-401 del 21/11/2024, la quale recepisce le assegnazioni delle risorse di cui alla D.G.R. n. 9-7070 del 20/06/2023, come rimodulata da D.G.R. n. 20-8466 del 22/04/2024.

Visti:

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;

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.

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.

La Giunta Regionale, unanime,

delibera

1) di prendere atto e recepire l'Intesa Rep. Atti n. 230/CSR, del 28/11/2024, 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 2024, allegato 1) alla presente deliberazione per farne parte integrale e sostanziale;

2) di prendere atto e recepire l'Accordo Rep. Atti n. 231/CSR, del 28/11/2024, 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 2024, 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 2024 contenuto nell'allegato 3) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, composto dalle schede relative a ciascuna linea progettuale dando atto che è coerente con quanto già assegnato, realizzato o accantonato dagli enti del Servizio Sanitario Regionale nell'esercizio 2024 in attuazione della D.D. n. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025 di riparto del fondo sanitario nazionale;

4) che gli enti del Servizio Sanitario Regionale, destinatari della quota di fondo vincolato come declinato nell'Allegato 3), parte integrante e sostanziale 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 2024 nel bilancio 2024;

5) di approvare la relazione illustrativa dei risultati raggiunti per singolo progetto nell'anno 2023, nonché gli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, contenuta 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. 13-401 del 21/11/2024, e D.G.R. n. 39-7070 del 20/06/2023 - rimodulata con D.G.R. n. 20-8466 del 22 aprile 2024 - di assegnazione delle relative risorse;

6) che il presente provvedimento non comporta effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, come attestato in premessa.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'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-1051-2025-All_1-All1_24.11.28_230_Intesa_Ob_Piano.pdf
2. DGR-1051-2025-All_2-All2_24.11.28_231_Accordo_Ob_Piano.pdf
3. DGR-1051-2025-All_3-All3_Ob.PSN24_v100325.pdf
DGR-1051-2025-All_4-All4_Rend._2023_v110325.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, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione per il CIPESS relativa alla ripartizione alle regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2024.

Rep. atti n. 230/CSR del 28 novembre 2024.

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

Nella seduta del 28 novembre 2024:

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 economia e lo sviluppo sostenibile, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale, da assegnare alle regioni per la predisposizione di specifici progetti, ai sensi del successivo comma 34-bis;

VISTO il comma 34-bis del predetto articolo 1 della legge n. 662 del 1996, 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 27 novembre 2024, acquisita al protocollo DAR n. 19063 e diramata, in pari data, con nota prot. DAR n. 19068, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione per il CIPESS relativa alla ripartizione alle regioni delle quote vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2024 (Allegato A), che allegata al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATO che, nel corso della seduta del 28 novembre 2024 di questa Conferenza, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa in esame;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo, delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione per il CIPESS relativa alla ripartizione alle regioni delle quote



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2024 (Allegato A), che, allegata al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Segretario
Cons. Paola D'Avena

Il Presidente
Ministro Roberto Calderoli



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI,
DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFF.4**

Proposta di deliberazione per il CIPESS

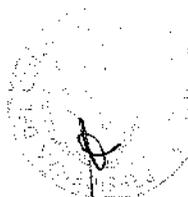
OGGETTO: Fondo Sanitario Nazionale 2024: ripartizione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale. Richiesta di Intesa alla Conferenza Stato-regioni.

L'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dal comma 1-quater dell'articolo 79, decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, con decorrenza dall'anno 2009, e dal comma 1 dell'articolo 3-bis, 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 2024, 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 2024 sono stati stanziati, per le finalità suddette, **1.500,00 milioni di euro**.

Si propone, pertanto, di ripartire tra le regioni la quota di **926,759 milioni di euro**, a valere sui complessivi predetti 1.500,00 milioni 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 573,241 milioni di euro, sono destinati:

- **336,000 milioni 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;
- **1,838 milioni di euro** per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni ospedaliere erogate in favore dei minori STP nell'anno 2023;
- **2,503 milioni di euro** per il rimborso all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù delle prestazioni di assistenza specialistica, di pronto soccorso, per il File F, erogate in favore dei minori STP dall'anno 2018 all'anno 2023.

La presente proposta provvede, in conclusione, ad accantonare la rimanente somma di **232,900 milioni di euro** per la realizzazione delle seguenti finalità:

- a) **10 milioni 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) **1 milione di euro**, ai sensi dell'articolo 1, comma 362, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, al fine di potenziare l'attività di prevenzione e assistenza sanitaria e sociosanitaria in favore dei soggetti che versano in condizioni di vulnerabilità sociale ed economica, e in particolare per le iniziative dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP) destinate alla promozione delle conoscenze e delle competenze del personale sanitario e sociosanitario del SSN nonché dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sulle tematiche preventive e assistenziali relative alla salute dei migranti e dei rifugiati in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità;
- c) **10 milioni 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;
- d) **5 milioni 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 provincie autonome di Trento e di Bolzano su proposta del Ministero della salute;

- e) **1,500 milioni di euro** in favore del Centro Nazionale Sangue, ai sensi dell'articolo 1, comma 439, della legge 27 dicembre 2017, n. 205;
- f) **38,500 milioni 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;
- g) **8 milioni 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;
- h) **4 milioni di euro** destinati dal comma 552, dell'articolo 1, della legge 30 dicembre 2018 n. 145 alla copertura di quanto disposto dal comma 551 della stessa legge in ordine all'esenzione delle percentuali di sconto per le farmacie con un fatturato annuo in regime di Servizio sanitario nazionale al netto dell'IVA inferiore a euro 150.000;
- i) **25,300 milioni di euro**, ai sensi dell'articolo 1, comma 406-bis e 406-ter, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, per la sperimentazione della remunerazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, per l'annualità 2024;
- j) **2,600 milioni 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 milioni 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 milioni 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) **50 milioni di euro** per finanziare le attività delle regioni per l'accesso universale dei neonati all'immunizzazione passiva contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), ai sensi dell'intera del 17 ottobre 2024, Rep. Atti n. 188/CSR;



- n) **40 milioni 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;
- o) **7 milioni 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 **926,759 milioni 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

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 EN DIRIZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Assegnazione delle quote sanitarie agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2023

1.500,000 unit. importo in lire

2.500,000 per sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle prestazioni assistenziali erogate dalle strutture - art. 1, c. 406 bis e 406 ter - legge n. 2023

3.000,000 per il Centro Nazionale Sangue (L. 205/2017 art. 1, c. 439)

4.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

5.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

6.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

7.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

8.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

9.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

10.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

11.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

12.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

13.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

14.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

15.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

16.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

17.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

18.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

19.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

20.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

21.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

22.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

23.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

24.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

25.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

26.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

27.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

28.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

29.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

30.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

31.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

32.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

33.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

34.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

35.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

36.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

37.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

38.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

39.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

40.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

41.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

42.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

43.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

44.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

45.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

46.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

47.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

48.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

49.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

50.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

51.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

52.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

53.000,000 per iniziative di promozione e della ricerca (art. 1, c. 439)

REGIONI	Popolazione al 01/01/2023	Popolazione di riferimento	Summi disponibili	Componente di spesa	Rapporto componente di spesa	Totale risorse di assegnazione (esclusa compartecipazione RSI)	Quote 70% su disponibili	Saldo residuo 30%
PIEMONTE	4.251.351	4.251.351	71.604.109		3.371.476	74.975.485	52.482.839	22.492.645
VAL D'AOSTA	125.130	125.130	9.976.519		7.911.735	175.942.565	123.159.796	52.782.770
LOMBARDIA	9.976.519	9.976.519	168.030.830					
BRIGANZA	534.147	534.147	168.030.830					
TRENTINO	542.986	542.986						
VIENNA	4.849.553	4.849.553	81.679.314		3.845.872	85.525.187	59.867.631	25.657.556
EROLI	1.194.248	1.194.248						
LIQUORIA	1.507.636	1.507.636	25.392.583		1.195.610	26.588.193	18.611.735	7.976.458
EMILIA R.	4.437.578	4.437.578	74.740.505		3.519.161	78.259.726	54.781.808	23.477.918
TOSCANA	3.661.981	3.661.981	61.077.457		2.904.084	64.981.542	45.207.080	19.774.462
UMBRIA	856.407	856.407	14.124.162		679.162	15.103.324	10.572.328	4.530.997
MARCHE	1.484.298	1.484.298	24.999.509		1.177.102	26.176.611	18.323.628	7.852.983
LAVAZO	5.720.536	5.720.536	96.348.975		1.009.240	100.885.668	70.619.898	30.265.770
ABRUZZO	1.272.627	1.272.627	21.434.090		230.485	22.443.648	15.710.554	6.733.094
MOLISE	290.636	290.636	4.895.080		4.468.566	5.125.565	3.587.896	1.537.669
CAMPANIA	5.609.536	5.609.536	94.479.441		3.098.935	98.928.007	69.249.605	29.678.402
PUGLIA	3.907.683	3.907.683	65.815.730		426.318	68.914.664	48.240.365	20.674.399
BASILICATA	537.577	537.577	9.054.226		1.464.429	9.480.538	6.636.378	2.844.160
VAL D'AOSTA	1.846.610	1.846.610	31.101.802		41.262.008	32.556.231	22.796.362	9.769.869
SARDEGNA	1.578.146	1.578.146	81.080.777		39.818.770	41.262.008	28.883.405	12.378.601
TOTALE	58.907.201	58.907.201	926.758.861		39.818.770	926.758.861	648.731.206	278.027.655

1) Per la Sicilia sono state considerate le quote previste come contenuto della legge n. 830 della L. 986/2006 (art. 119) sulla somma disponibile.

fm



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano delle risorse vincolate, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2024.

Rep. atti n. 231/CSR del 28 novembre 2024.

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

Nella seduta del 28 novembre 2024:

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 e lo sviluppo sostenibile (CIPESS), 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 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 predetto comma 34-bis del medesimo articolo;

VISTO il comma 34-bis dell'articolo 1, della citata legge 662 del 1996, 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 CIPESS, 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 dispone altresì 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;



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

VISTA l'intesa sancita da questa Conferenza il 9 novembre 2023 (rep. atti n. 264/CSR), sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPRESS relativa alla ripartizione alle regioni delle risorse vincolate per l'anno 2023 per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi del citato articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

VISTO l'accordo tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito da questa Conferenza nella seduta del 9 novembre 2023 (rep. atti n. 265/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 2023 ed è stato definito l'utilizzo, da parte delle regioni, delle risorse vincolate, ai sensi del citato articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

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 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 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;

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;



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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

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”;



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

VISTA l'intesa 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 21 settembre 2022 recante “Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio”;

VISTO il decreto del Ministro della salute 30 settembre 2022 di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale recante “Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina”;

VISTO il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, recante “Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33”, che reca le misure per la realizzazione degli obiettivi della Missione 5 (Inclusione e coesione), componente 2 (Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore) del PNRR;

VISTO il decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73, convertito con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107, recante “Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie”, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2024, n. 107 che, in particolare, richiede alle regioni di individuare un sistema che garantisca, al cittadino, tempi appropriati sull'erogazione delle prestazioni;

VISTO il decreto-legge 1° ottobre 2024, n. 137, convertito con modificazioni, dalla legge 18 novembre 2024, n. 171, recante “Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria”;

VISTA la nota pervenuta dal Ministero della salute il 27 novembre 2024, acquisita al protocollo DAR n. 19063 e trasmessa dall'Ufficio per il coordinamento delle attività della Segreteria di questa Conferenza in pari data con protocollo DAR n 19068, 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 2024, 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 28 novembre 2024 (rep. atti n. 230/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 Ministero della salute di deliberazione del CIPESS relativa all'assegnazione alle regioni delle risorse vincolate agli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l'anno 2024;

CONSIDERATO che, nel corso della seduta del 28 novembre 2024 di questa Conferenza, le regioni e le Province Autonome hanno espresso avviso favorevole sulla proposta del Ministero della Salute;

ACQUISITO, quindi, l'assenso del Governo;

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE:

– il Piano sanitario nazionale (Psn) 2006-2008, approvato con il DPR 7 aprile 2006, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'Intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (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



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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 socioassistenziale, garantendo l’integrazione con i servizi socioassistenziali.

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. le tematiche relative alle linee progettuali dell’anno 2024 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 2024 sono 6 le linee progettuali per l’utilizzo, da parte delle regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell’articolo 1, commi 34 e 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati A e B del presente Accordo, di cui costituiscono parte integrante e sostanziale e di seguito elencate:
 - linea progettuale “Percorso diagnostico terapeutico condiviso e personalizzato per i pazienti con 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 110 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 2024, espressa nella seduta di questa Conferenza del 28 novembre 2024 (rep. atti n. 230) 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



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

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 2024;

4. entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, le regioni sono tenute a presentare specifici progetti per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali individuate nell'Allegato A del presente accordo e rispettando i contenuti presenti nello stesso allegato. In particolare, le regioni sono tenute a:
 - a. presentare un progetto per ciascuna linea progettuale che prevede risorse vincolate, riguardanti: linea progettuale Piano Nazionale della Prevenzione e relativi Network; linea progettuale Cure palliative e terapia del dolore,
 - b. presentare un progetto per ciascuna delle linee progettuali non vincolate o per alcune di esse che la Regione intende sviluppare, utilizzando tutte le restanti risorse assegnate per gli obiettivi di Piano.

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

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

5. nel progetto della Linea progettuale "Costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e sviluppo delle cure palliative e della terapia del dolore in area pediatrica" dovranno essere illustrate le attività previste per l'anno 2024 in maniera distinta per l'obiettivo relativo alla costituzione e implementazione della rete della terapia del dolore e quello per la terapia del dolore in area pediatrica. Anche la rendicontazione delle attività svolte nell'anno 2023 riporteranno i risultati conseguiti nell'anno 2023 distintamente per entrambi gli obiettivi;

6. 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 2023, 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;



Presidenza del Consiglio dei ministri

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

7. i progetti delle restanti linee progettuali, escluso quindi il progetto di cui al punto 6, dovranno essere elaborati seguendo la scheda progetto di cui all'allegato C del presente Accordo, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

8. nella deliberazione, o atto equivalente, che approva i progetti da presentare per l'anno 2024, dovrà essere necessariamente contenuta anche la specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti da ogni progetto presentato nell'anno precedente 2023, utilizzando la scheda allegato D, parte integrante del presente accordo;

9. 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;

10. 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'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.

Anno 2024

1. Linea progettuale:

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI CON MULTICRONICITA'

Premessa

I dati PASSI d'Argento relativi al biennio 2022-2023 mostrano che il 59% dei soggetti intervistati con età superiore a 65 anni soffrono di una o più patologie tra le seguenti: insufficienza renale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale, ictus o ischemia cerebrale, diabete, infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie, altre malattie del cuore, tumori (comprese leucemie e linfomi), malattie croniche del fegato o cirrosi. In particolare il 28% degli intervistati riferisce una cardiopatia, 17% malattie respiratorie croniche, il 20% diabete e i 14% tumori. La condizione di policronicità, ovvero la presenza contemporanea di due o più patologie croniche, fra quelle sopra citate, riguarda 1 soggetto che ha un'età superiore a 65 anni su 4. Inoltre è più frequente al crescere dell'età (riguarda il 17% delle persone tra i 65-74 anni e sale al 38% dopo gli 85 anni) e tra le persone con status socioeconomico più svantaggiato, per difficoltà economiche (41% vs 19% tra chi dichiara nessuna difficoltà) o bassa istruzione (31% vs 19%). Non sono state registrate differenze per genere.

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.



Aree prioritarie di intervento

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

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

Dopo aver individuato i malati con multicronicità, è necessario (obiettivi specifici): ottimizzare l'assistenza riducendo il ricorso a esami diagnostici ripetitivi e inappropriati e limitare il carico del trattamento farmacologico (polifarmaceutico) e delle cure non pianificate (appuntamenti multipli). Inoltre, è necessario migliorare la qualità della vita del paziente promuovendo decisioni condivise nei vari setting assistenziali e sostenendo un approccio terapeutico che tenga conto delle differenze individuali anche dal punto di vista genetico, dell'ambiente e dello stile di vita delle singole persone. Le principali attività da prevedere sono: una mappatura territoriale che rilevi la presenza di individui affetti da più patologie, l'attivazione di nodi sensibili della rete dei servizi a partire dalla Medicina Generale, l'individuazione di strumenti per la valutazione dei pazienti con 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 2024, 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 n. 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 n. 38/2010, articolo 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 n. 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'articolo 38 “Ricovero ordinario per acuti”, che nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario devono essere garantite anche tutte le prestazioni necessarie ai fini dell'inquadramento diagnostico della terapia dolore e delle cure palliative.

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

Pertanto, i nodi della rete sono:

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

- Istituire a livello regionale una struttura organizzativa con funzioni di coordinamento e monitoraggio delle attività della rete. Tale ruolo permetterà, alla struttura organizzativa, di interfacciarsi con le Aziende ed i professionisti della rete della terapia del dolore e con la rete delle cure palliative al fine di garantire la piena applicabilità e fruibilità della normativa vigente. Inoltre, proprio per le attività che svolge, la struttura potrà individuare le best practices sviluppate in alcuni ambiti e divulgarle in altri contesti simili. Pertanto, la struttura organizzativa dovrà essere supportata da un sistema informativo che si integri con quello regionale.
- Attivare tutti i nodi della rete sia a livello territoriale che ospedaliero: garantendo la realizzazione di percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi e predisponendo procedure clinico-assistenziali e organizzativo-gestionali della rete uniformi a livello territoriale e, possibilmente, nazionale. Fondamentale è la realizzazione di un sistema informativo, uniforme a livello regionale/nazionale, che permetta la comunicazione e la tracciabilità dei dati in tutti i nodi della rete. Inoltre, la telemedicina può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e consentire la fruibilità delle cure, dei servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza, oltre a permettere il costante monitoraggio dei parametri vitali.

- Tutelare il cittadino nell'accesso alla terapia del dolore. È necessario fornire delle risposte integrate territorio-ospedale ai bisogni dei pazienti.
- Garantire la continuità delle cure mediante l'integrazione dei diversi setting assistenziali. Tale finalità potrà essere raggiunta mediante il supporto dei sistemi informativi che consentono la condivisione dei flussi informativi tra professionisti, soprattutto tra quelli ospedalieri e quelli che operano sul territorio, e della telemedicina che permette di attivare il telemonitoraggio e la teleassistenza.
- Definire equipe multi professionali dedicate:
 - Specialisti in anestesia, rianimazione e terapia intensiva, ematologia, geriatria, medicina interna, malattie infettive, neurologia, oncologia medica, radioterapia.
 - Medici di medicina Generale.
 - Infermieri, fisioterapisti e dietisti.
 - Assistenti sociale e operatori socio-sanitario.
- Sviluppare la crescita culturale e la sensibilità dei professionisti della salute sul tema dando priorità alle conoscenze sul dolore nella formazione dei professionisti sanitari ed attivando corsi di formazione continua per gli operatori sanitari.
- Incrementare, laddove fosse possibile, gli investimenti nella ricerca scientifica sul dolore.
- Salvaguardare la dignità e l'autonomia della persona assistita nella gestione del dolore e dei sintomi correlati fornendo, anche, le informazioni relative alla diagnosi, ai trattamenti, alle terapie alternative e alla prognosi.
- Prevedere programmi di informazione alla popolazione, anche in accordo e con il contributo delle associazioni non-profit operanti nel settore.

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

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

Premessa

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

Per rete di cure palliative e terapia del dolore pediatrica si intende un'aggregazione funzionale e integrata delle attività di terapia del dolore e cure palliative rivolte al minore, nei diversi setting assistenziali, sia in ambito territoriale che ospedaliero, individuate a livello regionale. Nella

realizzazione di queste reti, pertanto, potrebbe assumere un ruolo considerevole l'utilizzo della telemedicina che, unendo le tecniche mediche a quelle informatiche, rende fattivo il collegamento di strutture e professionisti distanti fra loro, garantisce la continuità delle cure dall'ospedale al territorio, favorisce il monitoraggio continuo del paziente anche a domicilio, riduce i ricoveri ospedalieri, gli accessi in pronto soccorso, le visite specialistiche e migliora la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari.

Aree prioritarie di intervento

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

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

- Supportare la famiglia sia a livello clinico e organizzativo che psicologico e spirituale. Inoltre deve essere garantito il supporto al lutto non solo ai genitori, ma anche agli eventuali fratelli, agli altri membri della famiglia e alla relativa rete sociale del minore deceduto.
- Predisporre programmi di supporto psicologico, di prevenzione e del trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella rete.
- Stabilire procedure per la discussione e risoluzione dei dilemmi etici che si potrebbero verificare, anche per eventuali segnalazioni al comitato etico aziendale di riferimento.
- Sviluppare programmi di informazione specifici e mirati sulla rete.
- Valutare, con regolarità, la qualità percepita dal minore (se possibile) e dei familiari sulle cure prestate.

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

Per la realizzazione di questa linea progettuale è presente un vincolo di 110 milioni di euro, ai sensi dell'articolo 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. L'articolo 17, al comma 2 della medesima Intesa, 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 2023, con i relativi indicatori, in coerenza con la rendicontazione dei PRP in PF

Obiettivo prioritario: “Supporto al Piano nazionale della prevenzione”

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

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

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

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

Per tale Obiettivo prioritario deve essere riportata il resoconto di quanto realizzato, rispetto alla pianificazione quinquennale, per l’anno di riferimento 2023 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 2024 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 modificazioni, dalla 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 REGIONICHE 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 REGIONICHE 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 REGIONICHE 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.



Al. B)

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
EX 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 2024

Assegnazione delle quote vincolate agli obiettivi di Piano sanitario per l'anno 2024

926.758.861 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
									97.081
PIEMONTE	4.251.351	4.251.351	71.604.009	-	3.371.476	74.975.485	8.899.082	19.416.179	97.081
VAL D'AOSTA	123.130	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.976.509	9.976.509	168.030.830	-	7.911.735	175.942.565	20.883.191	45.563.325	227.817
BOLZANO	534.147	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	542.996	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.849.553	4.849.553	81.679.314	-	3.845.872	85.525.187	10.151.260	22.148.205	110.741
FRIULI	1.194.248	-	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.507.636	1.507.636	25.392.583	-	1.195.610	26.588.193	3.155.838	6.885.466	34.427
EMILIA R.	4.437.578	4.437.578	74.740.565	-	3.519.161	78.259.726	9.288.899	20.266.690	101.333
TOSCANA	3.661.981	3.661.981	61.677.457	-	2.904.084	64.581.542	7.665.392	16.724.491	83.622
UMBRIA	856.407	856.407	14.424.162	-	679.162	15.103.324	1.792.662	3.911.263	19.556
MARCHE	1.484.298	1.484.298	24.999.509	-	1.177.102	26.176.611	3.106.986	6.778.880	33.894
LAZIO	5.720.536	5.720.536	96.348.975	-	4.536.593	100.885.568	11.974.434	26.126.037	130.630
ABRUZZO	1.272.627	1.272.627	21.434.409	-	1.009.240	22.443.648	2.663.909	5.812.165	29.061
MOLISE	290.636	290.636	4.895.080	-	230.485	5.125.565	608.370	1.327.352	6.637
CAMPANIA	5.609.536	5.609.536	94.479.441	-	4.448.566	98.928.007	11.742.084	25.619.093	128.095
PUGLIA	3.907.683	3.907.683	65.815.730	-	3.098.935	68.914.664	8.179.704	17.846.627	89.233
BASILICATA	537.577	537.577	9.054.220	-	426.318	9.480.538	1.125.276	2.455.147	12.276
CALABRIA	1.846.610	1.846.610	31.101.802	-	1.464.429	32.566.231	3.865.391	8.433.581	42.168
SICILIA (*)	4.814.016	4.814.016	81.080.777	39.818.770	-	41.262.008	4.897.521	10.685.500	53.428
SARDEGNA	1.578.146	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	58.997.201	55.024.534	926.758.861	39.818.770	39.818.770	926.758.861	110.000.000	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.



SCHEMA 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.)	Importo
	<input type="radio"/> <i>Risorse vincolate degli obiettivi del PSN</i>		
	<input type="radio"/> <i>Eventuali Risorse regionali</i>		

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

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

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

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

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



				proseguimento per anno successivo

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

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

11	PUNTI DI FORZA	
	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												
Descrizioni delle azioni relative a ogni fase	Mesi											
	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

**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	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 46.390.224,00
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) e smi (D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025)	
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)	

<p>ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc</p>	<p>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 risposta vincente, anche in linea con le strategie in fase di definizione nell'ambito del PNRR e del percorso attuativo del D.M. 77 del 23.5.2022.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	01/01/2024	31/12/2024	Sì

<p>OBIETTIVO GENERALE</p>	<p>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.</p>
----------------------------------	---

<p>OBIETTIVI SPECIFICI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 4. Promuovere l'identificazione e l'attività dei centri di riferimento della Rete regionale dei Tumori Rari, nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta.
-----------------------------------	--

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
1. Fase: Case della Salute e future Case della Comunità	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio modelli e forme organizzative scaturite dalla sperimentazione regionale delle Case della Salute e del percorso di evoluzione delle stesse verso il modello delle Case della Comunità ex D.M. n. 77/2022, nella tipologia hub e spoke • monitoraggio semestrale 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); • monitoraggio dell'andamento della sperimentazione delle strutture di prossimità/CSDI 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, il progetto mira a coordinare il percorso di progressiva transizione verso la rete distrettuale delle strutture di prossimità, a carattere multiprofessionale e multidisciplinare, previste dalla Missione 6 del PNRR e dal D.M. 77/2022 (Case e Ospedali di Comunità). Il progetto prevede inoltre la definizione degli indirizzi regionali relativi al nuovo modello di rete territoriale delle cure primarie, sul piano organizzativo, gestionale ed operativo in coerenza con la normativa nazionale prevista negli ACN MMG/PLS e nel citato D.M. 77/2022. Al fine di sperimentare sul territorio regionale il nuovo modello relativo alle strutture di prossimità,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • numero di Case della Salute attive al 31.12.2024 e numero di personale nelle stesse operante; • numero di Case della Comunità attivate in base alla programmazione regionale definita ai sensi del PNRR, nell'ambito del percorso di evoluzione del modello regionale delle Case della Salute verso il modello delle strutture multiprofessionali di prossimità definito dal D.M. 77/2022; • numero CSDI attivati al 31.12.2024 e numero di personale negli stessi operante, ivi comprese le reti del privato sociale coinvolte a supporto del progetto.
		<p>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): tale progetto si è sviluppato 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 entro il primo trimestre 2026. La sperimentazione dei CSDI si conclude il 31.12.2024 con l'evoluzione di tali strutture verso il modello della Casa della Comunità, nella tipologia hub (qualora inclusa nel programma regionale ex DCR 199-3824 del 22.2.2022) o spoke</p>	
2.Fase: Continuità assistenziale ospedale-territorio-ospedale	<p>Monitoraggio dell'attivazione e delle modalità organizzative ed operative delle COT e della riconversione in capo alle stesse delle funzioni precedentemente svolte dai NDCC, ai fini del miglioramento dell'appropriatezza della presa in carico territoriale e della continuità assistenziale territorio-ospedale e viceversa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio semestrale dell'articolazione delle COT in ciascuna ASL, delle modalità organizzative ed operative, del personale coinvolto e delle modalità di interazione con tutti i servizi erogativi aziendali, territoriali ed ospedalieri, afferenti alla rete pubblica e privata accreditata ai fini della presa in carico e della continuità assistenziale che deve essere garantita al paziente nel suo percorso nell'ambito del SSR • Riconcontro a monitoraggio Agenas condotto a livello regionale ed aziendale riguardo al percorso di sviluppo delle funzioni delle COT, in attuazione del D.M. n. 77/2022 	<ul style="list-style-type: none"> -Numero di COT attivate, orari di funzionamento e personale assegnato. -Numero di pazienti presi in carico nel 2024 dalle ASR tramite le COT

3.Fase: Assistenza e riabilitazione domiciliare	Proseguimento del monitoraggio della riabilitazione domiciliare (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) effettuata con indicatori di primo livello tratti dai flussi informativi correnti (FARSIAD).	Tramite il Portale regionale FARSIAD-RP sono state adottate metodologie di rilevazione puntuale delle Prese in Carico in Cure Riabilitative Domiciliari (SRDRRF adulti e SRD-NPI minori) effettuate dai Servizi di Cure Domiciliari delle ASL.	Numero di Prese in Carico di assistiti in Cure Riabilitative Domiciliari (SRD-RRF adulti e SRD-NPI minori) nell'anno 2024, confrontato con il totale delle prese in carico effettuate per tutte le tipologie di cure domiciliari.
4. Fase: Promozione rete dei tumori rari	· mappatura e monitoraggio dei centri della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta presso i quali vengono trattati i pazienti affetti da tumore raro	Adozione ed implementazione di metodologie di monitoraggio e controllo di qualità nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, in coerenza con le disposizioni dell'Accordo ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera b), e dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Processo normativo e attuativo per la definizione dell'assetto della Rete Nazionale Tumori Rari"	Numero di prese in carico di pazienti affetti da tumore raro, nell'anno 2024

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.sa Mirella Angaramo
Ruolo e qualifica	Dirigente Settore Affari generali e giuridico legislativo
Recapiti telefonici	011. 4322221
E-mail	sanita@regione.piemonte.it sanita@cert.regionepiemonte.it

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

Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto, ecc..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 270.000,00
Eventuali Risorse Regionali	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	Personale delle AASSRR	
Da acquisire	Dipende dalle dotazioni già in assegnazione alle singole aziende	

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

Il D.M. 15.10.1996 recante "Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie" prevede l'adozione, in tutte le strutture del SSN, di "un insieme di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con riferimento alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione...".

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

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

Il Patto per la salute 2014-2016 (Intesa rep. n. 82/CSR del 10 luglio 2014), all'art. 4, recante "Umanizzazione delle cure", prevede che le Regioni, nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano gli aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza. Nell'atto si conviene, tra l'altro, la predisposizione di un programma annuale di umanizzazione che comprenda la definizione di almeno un'attività progettuale in tema di formazione del personale e, un'altra in tema di cambiamento organizzativo.

Il "Disciplinare per la revisione della normativa dell'accreditamento" di cui all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome del 20 dicembre 2012 (Rep. Atti n. 259/CSR), recepito con D.D. n. 725 della Direzione regionale Sanità del 15.11.2017 – ha definito criteri e requisiti in materia di autorizzazione/accreditamento delle strutture sanitarie, cui le Regioni si sono impegnate ad uniformarsi, ivi compresi i requisiti in materia di umanizzazione – Criterio 8 del Disciplinare.

L'umanizzazione delle cure non può prescindere da un modello di presa in carico multidisciplinare realizzato attraverso una collaborazione profonda tra operatori di diverse discipline e con la partecipazione, nelle scelte terapeutiche, del malato e dei famigliari nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.

E' basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di una integrazione reale, sia a livello ospedaliero, fra le diverse strutture coinvolte, sia tra ospedale e strutture/professionisti presenti sul territorio fornendo risposte appropriate, sicure ed efficaci ai differenti bisogni assistenziali. Negli ultimi anni il concetto di empowerment 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 è, infatti, il raggiungimento di una buona consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura della sua malattia.

La Regione Piemonte, nel corso degli anni, ha contribuito al programma nazionale di valutazione partecipata della qualità delle strutture di ricovero – promosso e coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) attraverso la partecipazione a tre progetti di ricerca finanziati dal Ministero.

Con riferimento all'annualità 2024 obiettivo della Regione Piemonte è quello di riavviare una valutazione partecipata negli ospedali allo scopo di migliorare le risposte ai bisogni di salute della collettività attraverso la partecipazione diretta dei cittadini secondo i principi dell'umanizzazione e dell'empowerment.

In particolare le finalità perseguite sono le seguenti:

- mettere a punto un apparato teorico e metodologico per valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti con la partecipazione dei cittadini (definizione del concetto di umanizzazione, individuazione degli indicatori, definizione del processo di coinvolgimento dei cittadini);
- valutare il grado di umanizzazione delle strutture di ricovero pubbliche, anche sotto il profilo della sicurezza dei pazienti;
- raccogliere, attraverso l'applicazione del modello di valutazione partecipata definito, informazioni sull'umanizzazione relative a tutte le strutture ospedaliere delle Aziende Sanitarie Regionali con un numero di posti letto superiore a 120;
- mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione idoneo ad assicurare, attraverso una rilevazione periodica (triennale), la disponibilità di informazioni per supportare le azioni delle ASR/Regione.

In particolare si provvederà alla valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nelle strutture ospedaliere e territoriali. A tal fine verrà definito a livello regionale, in modalità condivisa con le Associazioni rappresentative dei cittadini e con la collaborazione di Agenas, uno specifico strumento di rilevazione che definisce l'apparato teorico e metodologico per la valutazione partecipata. Lo strumento di rilevazione, previa formazione degli operatori e cittadini, sarà sottoposto alle Aziende per la valutazione partecipata delle strutture secondo il modello dell'empowerment allo scopo di analizzare i processi, rilevare le criticità e definire le azioni di miglioramento finalizzate ad impostare i correttivi necessari.

La valutazione avrà altresì riguardo alle attività realizzate dalle ASR su interventi di empowerment del cittadino nelle aree critiche in conformità alle previsioni della DCR n. 257-25346/2022 p. 5,16 relativo al "Sistema qualità e centralità della persona – Empowerment" che prevede che "Ogni azienda sviluppa annualmente progetti specifici in tema di tema di accessibilità e empowerment".

Si avrà, infine, riguardo, alle "Buone pratiche" di promozione della salute e partnership condotte in collaborazione con persone assistite e cittadini, anche ai sensi del Programma 12 – Piano regionale della prevenzione "Setting sanitario – La promozione della salute nella cronicità".

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
Piani	Valutazione modelli organizzativi implementati nelle strutture sanitarie	Analisi percorsi per definizione strumento regionale di rilevazione criticità ed implementazione azioni di miglioramento	Definizione da parte regionale di Check List per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture sanitarie
Punti critici	Individuazione punti critici	Vengono individuati i punti critici	Compilazione check list regionale da parte delle ASR
Azioni di miglioramento	Definizione delle azioni di miglioramento	Sulla base delle criticità definite, sono individuate le azioni correttive	Presenza di piano di miglioramento predisposti dalle ASR
Implementazione	Messa in atto delle azioni di miglioramento	Cronoprogramma per la messa in atto il piano di miglioramento	Presenza di cronoprogramma predisposto dalle ASR

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	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 4.449.541,00
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 AA.SS.RR, 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 2024 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												
	Mesi											
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Il progetto ha durata continua, non suddivisibile in azioni mensili												

DESCRIZIONE ANALITICA DEL PROGETTO			
Fase	Azioni	Breve descrizione dei contenuti	Indicatori di verifica
<p>Il progetto ha durata continua; le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico:</p> <p>D.G.R. n. 20-13204 del 08/02/2010, D.G.R. n. 30-866 del 25/10/2010, D.G.R. n. 31-1482 del 11/02/2011 D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012 D.G.R. n. 43-7345 del 31/03/2014 D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014 D.G.R. n. 14-2811 del 18/01/2016 D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021</p>			

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

Tipo di realtà nella quale può essere
implementato il progetto

Progetto o parte del progetto che può essere trasferito

Tutto il territorio regionale

Tutto il progetto

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	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 4.449.541,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

ARTICOLAZIONE DEI COSTI DURANTE LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

Tipologia di costi	Importo in euro	Note
Costi per la la formazione		I costi sono ripartiti fra le AASSRR, in base all'organizzazione delle stesse ed alle modalità gestionali del progetto nelle singole realtà territoriali
Costi gestione progetto		
Costi		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

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

<p>ANALISI DEL CONTESTO / SCENARIO DI RIFERIMENTO Se pertinente riportare dati epidemiologici, di attività, ecc</p>	<p>La Legge n. 38 del 15/03/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore", ha definito il percorso assistenziale del malato che accede alle cure palliative ed alla terapia del dolore.</p> <p>Ha previsto in particolare, all'Art. 5, l'attivazione della Rete regionale di Cure Palliative e della Rete regionale di Terapia del Dolore", che devono integrarsi fra loro, a livello regionale e con le corrispondenti reti regionali, a livello nazionale.</p> <p>La Legge n. 38 del 2010, è l'ultimo di una serie di atti normativi che hanno interessato le cure palliative e la terapia del dolore, a livello nazionale.</p> <p>Le indicazioni della L.38 riguardano sia l'assistenza ai pazienti adulti, sia quella ai pazienti in età pediatrica e adolescenziale, così come già sancito dall'Accordo in materia di cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 138 del 27/06/2007 della Presidenza del Consiglio dei Ministri) e dal documento tecnico sulle cure palliative pediatriche (Atto Rep. n. 113 del 20/03/2008 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).</p> <p>Per quanto riguarda, specificamente, la Rete Pediatrica di Cure Palliative e di Terapia del Dolore, stanti le peculiarità dei percorsi assistenziali dedicati ai pazienti pediatrici, è stato approvato uno specifico provvedimento deliberativo (D.G.R. n. 11-7041 del 27.01.2014) per l'individuazione dei Centri di Riferimento sul territorio regionale e la definizione della Rete stessa, indicata nell'Intesa in parola come "un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di Terapia del Dolore e Cure Palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale [...]". Tutto questo, tenuto conto di quanto già specificamente disposto in materia, in particolare dalla D.G.R. n. 20-13204 del 08.02.2010, inerente a "Rete delle cure palliative pediatriche: consolidamento della rete ed istituzione degli hospice".</p> <p>Inoltre, con D.G.R. n. 43-7345 del 31.03.2014 è stata formalizzata la Commissione di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore e Cure palliative rivolte al paziente in età evolutiva, con specifici compiti consultivi, di monitoraggio e coordinamento della rete in parola. Si prevede di proseguire nei percorsi di attuazione della Rete di Terapia del dolore e di cure palliative per il paziente in età evolutiva, intesa come un'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore e di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti in età evolutiva. Altresì, con D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021 sono stati recepiti i seguenti Accordi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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 2024 è l'adempimento alle disposizioni di cui sopra.</p>
--	---

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

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

OBIETTIVO GENERALE	Migliorare i percorsi di presa in carico dei pazienti 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
<p>Il progetto ha durata continua; le fasi e le azioni sono dettagliate nella normativa di riferimento ed, in specifico:</p> <p>D.G.R. n. 20-13204 del 08/02/2010, D.G.R. n. 30-866 del 25/10/2010, D.G.R. n. 31-1482 del 11/02/2011, D.G.R. n. 29-4854 del 31/10/2012, D.G.R. n. 43-7345 del 31/03/2014, D.G.R. n. 84-7674 del 21/05/2014, D.G.R. n. 14-2811 del 18/01/2016, D.G.R. n. 15-4166 del 26.11.2021; D.G.R. n. 17-6164 del 07.12.2022; D.G.R. n. 19-6463 del 30.01.2023.</p>			

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

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

LINEA PROGETTUALE	PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE	
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	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 19.319.098,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

DESCRIZIONE

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.

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

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.

Pertanto, sarà approvata con Determinazione dirigenziale (n. 305/A1409D del 6/05/2024) la programmazione regionale annuale 2024 del PRP.

Tale documento risponde alla finalità di declinare operativamente le azioni del PRP e in particolare i risultati attesi per il 2024, attraverso la definizione puntuale delle attività previste a livello regionale e a livello locale. In ogni programma (predefinito e libero) è stato costruito il "quadro logico", ovvero uno schema che collega concettualmente obiettivi, indicatori e relativo valore atteso per l'anno 2024, azioni correlate.

In tutti i programmi, ciascuna azione si sviluppa in:

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

In attuazione di quanto disposto dalla DGR del 2021, tutte le ASL dovranno definire la programmazione locale annuale 2024 (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 del PLP prevede in ciascun programma (predefinito e libero):

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

Tutte le ASL dovranno redigere i PLP entro il mese di maggio 2024, 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 28/02/2025.

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. Per il contenuto dei programmi del PRP si rinvia alla piattaforma www.pianiregionalidellaprevenzione.it La rendicontazione delle attività svolte nel 2024 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 2025.

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..)	Importo
Risorse vincolate degli obiettivi del PSN	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 97.081,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00

DESCRIZIONE	
PREMESSA	<p>L'Accordo Stato-Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021 prevede che per la presente linea progettuale le regioni stipulino appositi accordi di collaborazione con ciascuno dei tre network, per il periodo di vigenza del PRP 2020-2025, al fine di promuovere rapporti stabili di confronto e collaborazione, secondo il modello della stewardship. La funzione di supporto di tali network alle Regioni risponde alle seguenti finalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fornire alle Regioni strumenti, metodologie, risorse (capacity building) in materia di prevenzione e promozione della salute; • promuovere la genesi, l'aggiornamento e l'utilizzo delle evidenze di efficacia, sostenibilità, equità nei programmi e interventi di prevenzione e promozione della salute; • definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati; • valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti come strumento per la riprogrammazione. <p>Nel 2023 è stato sottoscritto l'accordo di collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) che approva il progetto pluriennale di supporto del Network italiano per l'Evidence Based Prevention (NiEBP) al PRP 2020-2025.</p> <p>Nel 2024 sarà sottoscritto l'accordo di collaborazione con l'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO) che approva il progetto pluriennale di supporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) al PRP 2020-2025.</p>

<p>1. Osservatorio Nazionale Screening (ONS)</p>	<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>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 2024 sarà sottoscritto con ISPRO l'accordo di collaborazione pluriennale e relativo progetto, nel quale viene definito il contributo che l'ONS mette 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 include i seguenti obiettivi:</p> <p>monitoraggio e valutazione dei 3 programmi di screening oncologico tramite indicatori per rendicontazione NSG e Adempimenti LEA;</p> <p>supporto per le attività di formazione degli operatori coinvolti nei percorsi di screening a livello regionale;</p> <p>supporto per le attività di comunicazione realizzate a livello regionale e di ASL, finalizzate ad aumentare l'adesione ai 3 programmi di screening oncologico;</p> <p>attività di quality assurance: audit, site visit, attività di affiancamento per la realizzazione di interventi migliorativi atti ad aumentare la copertura e l'adesione alle 3 campagne di screening.</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>

<p>3. Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)</p>	<p>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.</p> <p>Nel 2023 è stato sottoscritto l'accordo di collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) che approva il progetto pluriennale di supporto del Network italiano per l'Evidence Based Prevention (NIEBP) al PRP per gli anni 2021-2025 (DD n. 2163/A1409C del 18/11/2022, rep. 124 del 28/02/2023).</p> <p>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).</p> <p>Per il perseguimento dei suddetti obiettivi il progetto prevede le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 0,00
Eventuali Risorse Regionali	quota di riparto annualità precedenti assegnate ad 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		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. Per questa linea progettuale nelle more dell'attuazione del PNRR non sono previste delle risorse vincolate fatta eccezione di 3,5 €/mln relative alla Rimodulazione delle risorse previste dalla D.G.R. 20 novembre 2020, n. 172318
Costi gestione progetto		
Costi		

RISORSE NECESSARIE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

RISORSE NECESSARIE	N Risorse	Note
Disponibili	Personale ASR	
Disponibili	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 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 pnr 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.
--	---

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 di telemedicina regionale in attuazione ai provvedimenti regionali, tra cui <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. Predisposizione documentazione necessaria per iter ammi.vo previsto dalla gara con regione capofila lombardia
----------------------------	--

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. Predisposizione documentazione necessaria per iter ammi.vo previsto dalla gara con regione capofila lombardia												

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	Nota regionale prot. 10251 del 10/11/2023; D.D. 19/A1400B/2025 del 15/01/2025	€ 0,00
Eventuali Risorse Regionali	Quota di riparto del FSR a Azienda zero	3.935.986,76

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 attività presentato.	
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**

Il Numero Unico 116117 continua la sua attività 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 2024 è stato di 925.093, di cui gestite 654.462. Il tempo medio di risposta da parte degli operatori delle Centrali NEA 116117 è stato nell' anno 2024 di 101 secondi.

CRONOPROGRAMMA IN FORMATO GRAFICO

DURATA COMPLESSIVA DEL PROGETTO	Data inizio prevista	Data termine prevista	Possibile ulteriore proseguimento per anno successivo
	21/11/2019	31/12/2024	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												
	Mesi											
Descrizione delle azioni relative a ogni fase	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							
	<table border="1"> <tr> <th>Azioni</th> <th>Breve descrizione dei contenuti</th> <th>Indicatori di verifica</th> </tr> <tr> <td>Monitoraggio del servizio NEA 116117 – relativamente alla risposta al cittadino</td> <td>Mantenimento e rafforzamento del servizio offerto dalle CUA 116117</td> <td>- Tempi di risposta - Numero di chiamate in coda</td> </tr> </table>	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
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 2023

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

DESCRIZIONE DELLE AZIONI:

AZIONE n. 1)

a) Le Case della Salute: monitoraggio al 31.12.2023.

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 31.12.2023 n. 71 CS, dislocate su ciascuno dei 32 Distretti delle 12 ASL piemontesi, nell'ambito di strutture in prevalenza di proprietà ASL (50 su 71) o di proprietà di Enti locali (16) o di soggetti privati o Fondazioni (5).

Nel corso del 2023, con l'entrata in vigore del D.M. n. 77 del 23.5.2022, recepito con indirizzi attuativi regionali dalla D.C.R. n. 257-25346 del 20.12.2022 e contestualmente all'avvio del monitoraggio semestrale Agenas sul percorso di potenziamento della rete territoriale, la rete regionale delle Case della Salute, nata dalla sperimentazione di cui alla D.G.R. n. 3-4287 del 29.11.2016, è stata gradualmente orientata nella direzione del modello delle Case di Comunità (CdC) delineato dalla predetto Regolamento ministeriale.

Di conseguenza alla fine del primo anno di attuazione del n. D.M. 77/2022, la rete delle 71 CS sul territorio regionale risulta così articolata:

- n. 23 CS in avanzata fase di riconversione gestionale in CdC finanziate con fondi strutturali ex PNRR o extra PNRR, ai sensi della D.C.R. n. 192-3824 del 22.2.2022;
- n. 20 CS per cui è in fase di sviluppo il progetto strutturale di riconversione in CdC ai sensi della sopra citata deliberazione regionale ma non ancora configurabili come tali, né dal punto di vista strutturale né gestionale;
- n. 28 CS per le quali non è previsto un progetto PNRR di trasformazione in CdC e che proseguono l'attività nell'ambito della rete spoke.

Pertanto il modello regionale della Casa della Salute, a partire dal 2023, si sta gradualmente riconvertendo verso il modello della Casa della Comunità di cui al D.M. n. 77/2022, nella tipologia hub (CS con progetto strutturale ex PNRR/extra PNRR) o spoke (CS senza progetto di riconversione strutturale ex PNRR/extra PNRR).

Le 71 CS/CdC sono così dislocate sul territorio regionale:

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

Le CS e le nuove CdC, 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 35% del totale delle Case della Salute si rileva invece un modello funzionale (CSF), fondato un collegamento in rete tra i professionisti coinvolti (es. medicine/PLS in rete), supportati dalle strutture ambulatoriali o poliambulatoriali del Distretto.

Nel restante 25% delle Case della Salute (incluse le nuove CdC) 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 e della Case di Comunità già attive si attesta attorno al 55 %.

Per la maggior parte delle strutture (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 e nelle nuove CdC, strutture multifunzionali nelle quali si concretizza l'assistenza di prossimità alla popolazione del bacino territoriale di riferimento.

L'accessibilità nelle CS/CdC 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 CS/CdC 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 71 CS/CdC opera con orario H24, su 7 giorni, tramite l'integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale presente in struttura. La quota più cospicua della CS/CdC, il 43% del totale, fa rilevare un orario H12 su 5 giorni/sett. Nel 20% delle CS/CdC si rileva un orario attorno alle 8 ore giornaliere, su 5 giorni/sett. Nelle restanti strutture 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 CS/CdC (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 struttura un punto di accoglienza. Nel 66% delle CS/CdC 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 che ha caratterizzato la sperimentazione piemontese del modello di strutture di prossimità riguarda la presenza di collegamenti, tramite protocolli operativi, tra le attività erogate nelle CS/CdC e quelle dell'Emergenza/Urgenza, per quei pazienti le cui condizioni lo richiedono.

a.4 Continuità assistenziale

La continuità dell'assistenza nelle 24 ore rappresenta un presupposto cruciale per il funzionamento delle CS/CdC e per la loro efficacia nella presa in carico e risposta ai bisogni del territorio. Nelle strutture di prossimità piemontesi la continuità dell'assistenza viene garantita tramite l'integrazione con il Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). Nel 44% delle CS/CdC è garantita la presenza del Punto di Continuità Assistenziale in sede. Nel 25% delle CS/CdC il Punto di continuità assistenziale è presente nei pressi della struttura. Nel resto delle CS/CdC 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 di cui alla D.G.R. n. 3-4287/2016 sono presenti nelle CS/CdC realizzate in Piemonte.

Riguardo alle attività e servizi previsti dal D.M. n. 77/2022 invece, nel primo anno della sua entrata in vigore, il percorso di adeguamento da parte delle CS per cui è previsto un progetto di riconversione in CdC con fondi PNRR/extra PNRR (in totale n. 43 strutture) è stato avviato ed è in fase di sviluppo, soprattutto contestualmente all'evoluzione della normativa nazionale inerente agli accordi contrattuali con i MMG/PLS, l'interazione dei quali è fondamentale per l'ottimale funzionalità di tali strutture di prossimità, a carattere multiprofessionale e multifunzionale.

In particolare, al 31.12.2023 la rete regionale CS/CdC evidenzia la presenza dei seguenti servizi, erogati direttamente e/o attraverso punti erogativi alle stesse collegati funzionalmente:

- 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 CS/CdC.
- 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'IFoC 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 CS/CdC 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.
- PSDTA per la presa in carico e follow up delle patologie croniche a maggior impatto.
- Attività di Prevenzione e Promozione della Salute.

Per quanto riguarda l'Assistenza Primaria, nel 60% delle CS/CdC sono presenti le attività dei MMG; Nel 32% delle CS/CdC sono altresì presenti le attività dei PDLs.

La presenza di Infermieri dipendenti dall'ASL denota integrazione tra le attività della CS/CdC e quelle del Distretto, così come la presenza di specialisti garantisce la multiprofessionalità richiesta nei Percorsi di cura che si sviluppano nelle CS/CdC. Nella totalità delle CS/CdC sono presenti Infermieri dipendenti dall'ASL e nell'89% delle stesse sono presenti Medici Specialisti dipendenti dall'ASL o convenzionati. Nel 61% delle CS/CdC trovano sede i servizi socio assistenziali gestiti dai Comuni singoli o associati o è comunque

presente la figura dell'assistenza sociale degli Enti stessi 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 Scompenso cardiaco, le nefropatie e in misura minore i disturbi cognitivi. I percorsi vengono avviati seguendo generalmente le indicazioni della programmazione regionale, e gestiti seguendo prescrizioni locali, determinazioni ad hoc o il Piano Locale per la Cronicità.

Le attività di prevenzione e promozione della salute, in collegamento con il Dipartimento di Prevenzione, sono presenti nel 65% delle CC/CdC. 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. 20-7658 del 6.11.2023 con la quale è stato approvato il modello organizzativo per l'implementazione dei servizi di telemedicina nella Regione Piemonte.

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 2023 il 18% delle CS/CdC ha erogato prestazioni in Televisita. Nel 20% delle CS/CdC sono state erogate prestazioni di Teleassistenza domiciliare.

Infine nel 60% delle CS/CdC 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 2023 è proseguita 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.

La sperimentazione regionale dei CSDI-strutture di prossimità ha anche l'obiettivo di porre le basi, negli ambiti distrettuali in cui si è sviluppata, per la realizzazione del modello della Casa di Comunità così come delineata dal D.M. n. 77/2022 ed in fase di implementazione entro il 2026, ai sensi del PNRR e della D.C.R. n. 199-3824/2022 che ne ha definito l'articolazione sul territorio di ciascuna ASL.

b.1. Il personale operante nei CSDI

L'andamento della sperimentazione dei CSDI è oggetto di monitoraggio semestrale regionale per quanto attiene alle modalità gestionali e al modello organizzativo adottato.

Con specifico riferimento al personale operante nei CSDI, gli operatori attivi presso i 12 CSDI del Piemonte alla data del 31.12.2023 sono complessivamente n. 663, articolati nelle seguenti figure professionali:

- medici delle cure primarie (MMG, PDLS, MCA): n. 222
- medici specialisti ospedalieri e convenzionati: n. 131

- infermieri ASL/MMG e IFoC:	n. 154
- altro personale sanitario e tecnico (non medico):	n. 44
- personale area socio-sanitaria (OSS, educatori):	n. 24
- personale area socio-assistenziale:	n. 32
- operatori area amministrativa e tecnica:	n. 37
-altro personale SSR:	n. 4
- altro personale Enti gestori socio-assistenziali:	n. 14
- incarichi l.p. finalizzati alla sperimentazione	n. 2

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 58 unità di personale impegnate in attività a supporto e cooperazione con il servizio pubblico, quali ad es. trasporti, consegna pasta a domicilio, attività di socializzazione e di facilitazione per l'accesso ai servizi.

e) Case della 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 sopra citata 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;

La realizzazione di tali strutture, parte delle quali (Case della Comunità) è destinata a subentrare alle Case della Salute già operanti sul territorio dal 2017, 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.

Come specificato al precedente punto a), alla data del 31.12.2023 le CdC già attive sul territorio regionale, quale evoluzione delle preesistenti Case della Salute, sono complessivamente n. 23 delle quali:

- n. 3 nell'area metropolitana torinese;
- n. 8 in area nord-est (VC-Biella, NO, VCO)
- n. 5 nell'area sud ovest (provincia di Cuneo)
- n. 7 nell'area sud-est (AT,AL)

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 2023, possono essere utili a illustrare il sistema:

- setting “CAVS” – giornate di assistenza erogate 234.942, per un totale di posti letto equivalenti (vedi nota 1) di 644 (permanenza massima 60 gg);
- setting “RSA e altre residenzialità socio-sanitarie” – giornate di assistenza erogate 5.149.955, per un totale di posti letto equivalenti di 14.109;
- setting “Continuità delle cure con residenzialità temporanea in RSA” – giornate di assistenza erogate 280.163 per un totale di posti letto equivalenti (permanenza massima 60 gg) di 767.

E' da sottolineare che, per quanto riguarda la residenzialità temporanea in RSA e CAVS, nel corso dell'anno 2023, 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) e la sua evoluzione sul territorio nel 2023

Con la D.D. n. 906 del 27.5.2022 è stata avviata la 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 che le prime assumono, ampliandolo ed uniformandolo, 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.

Con la sopra citata D.C.R. n. 257-25346/2022, di recepimento ed attuazione del D.M. n. 77/2022, il modello della COT delineato dalla D.D. n. 906/2022 è stato consolidato a regime quale modello organizzativo regionale di riferimento per l'attivazione di tutte le COT in fase di realizzazione con finanziamenti PNRR (rif. D.C.R. n. 199-3824/2022).

Alla data del 31.12.2023 le COT già attive e funzionanti sul territorio regionale, inclusi i suddetti cinque progetti pilota avviati dal 2022, sono complessivamente 20 su 43 previste dalla D.C.R. n. 199-3824/2022, delle quali 10 già attive nelle sedi definitive ex PNRR e le altre 10 funzionanti presso sedi provvisorie in attesa del completamento delle opere di ristrutturazione/adeguamento delle sedi definitive individuate nei progetti PNRR.

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 2023 ha registrato 5.285 prese in carico per il SRD a fronte di un totale di 176.228 prese in carico per l'assistenza domiciliare. Pertanto le prese in carico domiciliari per le cure riabilitative (adulti e minori) sono il 3% rispetto a tutte le prestazioni erogate a domicilio.

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE 1	Percorso Diagnostico e Terapeutico condiviso e personalizzato per pazienti con multicronicità.	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Sviluppare il piano della cronicità nelle Aziende Sanitarie, ai fini della presa in carico appropriata e secondo percorsi omogenei sul territorio regionale.	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		01.01.2023	31.12.2023
			Data presentazione risultati
			31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi di PSN	D.G.R. 20/06/2023, n. 9-7070; D.G.R. 22/04/2024, n. 20-8466	€ 36.499.483,00
	Eventuali risorse regionali	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00
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
6	Monitorare lo stato di attuazione della rete delle Case della Salute	1. Monitoraggio organizzazione e funzionamento delle Case della Salute/Ospedali di Comunità realizzati con la sperimentazione ex DGR 3-3-4287 del 29.11.2016. 2. Monitoraggio della sperimentazione regionale delle strutture di prossimità, nella tipologia di Centri Servizi distrettuali integrati (CSDI); 3. Indirizzo e monitoraggio del percorso di transizione dal modello regionale delle Case della Salute al modello nazionale delle Case della Comunità (CdC).	Territoriale/ Cure primarie
	Rafforzare il sistema di continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa	1. Articolazione NOCC/NDCC: monitoraggio della rete dei nuclei distrettuali ed ospedalieri per la continuità assistenziale; degli utenti presi in carico e relativi percorsi di salute attivati e coordinati per garantirne la continuità.	Territoriale-ospedaliero
			1. N. pazienti seguiti nel 2023 (dati FAR-SIAD): n. 640 nel setteng CAVS; n.14109 in residenzialità socio-sanitaria; n. 767 in RSA-Continuità assistenziale. 2. COT: il piano attuativo regionale per la realizzazione delle COT è stato definito con la DCR n. 257-25346/2022 che ha fatto proprio il modello avviato in via sperimentale con la DD n. 906/2022. Alla data del 31.12.2023 le COT già attive e funzionanti sul territorio regionale sono

		2. Monitoraggio della sperimentazione del modello organizzativo della Centrale Operativa territoriale come prevista e delineata dal D.M. 77/2022.		complessivamente 20 su 43 previste dalla D.C.R. n. 199-3824/2022, delle quali 10 già attive nelle sedi definitive ex PNRR e le altre 10 funzionanti presso sedi provvisorie, in attesa del completamento delle opere di ristrutturazione/adequamento delle sedi definitive individuate nei progettazioni PNRR
	Consolidare l'attività di riabilitazione domiciliare	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.: in particolare sono stati rilevati i criteri di eleggibilità, i setting di provenienza, le scale di valutazione per la presa in carico e le figure professionali impiegate nel servizio.	Territoriale	L'anno 2023 ha registrato 5.285 prese in carico per il SRD a fronte di un totale di 176.228 prese in carico per l'assistenza domiciliare. Pertanto le prese in carico domiciliari per le cure riabilitative (adulti e minori) sono il 3% rispetto a tutte le prestazioni erogate a domicilio.
TRASFERIBILITA'				
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto è stato implementato in ogni Azienda Sanitaria della Regione Piemonte		
8	CRITICITA' RILEVATE	Rete delle Case della Salute e Case della Comunità: 1. criticità nel coinvolgimento MMG e PDLS e rispettive forme associative nell'operatività all'interno delle strutture distrettuali CS/CdC. Meno critico il collegamento funzionale degli stessi operanti nei rispettivi studi sul territorio. 2. Carezza nel reperimento di figure professionali infermieristiche e IFoC. COT: criticità operativa nella capacità di interfaccia fra le Centrali ed i servizi/strutture ASL competenti per le funzioni erogative, in attesa della procedura informatizzata in fase di predisposizione a livello regionale		

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 familiari 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 2022-2023, 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, finalizzata a verificare l’applicabilità - a livello regionale - degli strumenti già predisposti a livello nazionale, ha portato – nel corso dell’annualità

2023 – alla 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'aver più patologie, la prospettiva, prevalente, di risiedere nella struttura fino alla morte e di vivere in tale luogo gli ultimi giorni e ore di vita. Tutto ciò rende le RSA luoghi dove il tema dell'umanizzazione si arricchisce e acquista uno spessore ancora più ampio rispetto agli ospedali. In questo quadro, l'articolazione finale della checklist, coglie tali aspetti e li esplora in maniera approfondita, in particolare: la 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; la necessità di tener conto 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); l'esigenza di prevenire 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"; esigenza della prevenzione e gestione di situazioni ad alto rischio conflittuale.

Lo strumento di rilevazione definito a livello regionale, in particolare, ha tenuto conto di 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. Tra queste tematiche, alcune 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; la gestione del rischio clinico, fra cui anche l'igiene delle mani oggetto di una campagna della WHO e del Ministero della Salute; la 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 realizzate nel corso dell'annualità 2023 sono state, pertanto, 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; 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.

La check list definita a livello regionale è stata successivamente sperimentata nell'ambito di 2 strutture socio sanitarie regionali, di cui la prima nell'ambito del territorio di competenza dell'ASL CN2 e la seconda dell'ASL TO3, che, nel corso della seconda metà dell'anno 2023, a seguito di seminario regionale di approfondimento ed illustrazione degli strumenti di rilevazione, hanno provveduto tramite equipe miste operatori-cittadini a compilare la check list e diario di bordo sulla base del manuale per la valutazione partecipata definito, restituendo successivamente i dati della rilevazione.

Nel corso dell'annualità 2023, inoltre, la tematica è stata oggetto di ulteriori approfondimenti e dibattiti nell'ambito "Giornata mondiale della sicurezza delle cure" in considerazione della tematica individuata dall'OMS ovvero "Il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza delle cure".

Si è proseguita, inoltre, nel corso dell'annualità 2023 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. 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.

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITÀ	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER I PAZIENTI CON MULTICRONICITÀ	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		01/01/2023	31/12/2023
5	RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITÀ REPERIMENTO RISORSE		
	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi di PSN	D.G.R. 20/06/2023, n. 9-7070; D.G.R. 22/04/2024, n. 20-8466	€ 270.000,00
	Eventuali risorse regionali	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL.	€ 0,00
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		
	Valutazione modelli organizzativi implementati nelle RSA	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 RSA anche tenuto conto della normativa regionale e degli atti di programmazione socio-sanitaria e delle procedure definite a livello regionale	strutture sanitarie e socio-sanitarie
	Individuazione punti critici	L'analisi del percorso ha portato all'individuazione dei punti critici cui far fronte presso le strutture attraverso l'implementazione di azioni di miglioramento. In tale ambito sono state rilevate, fra le aree critiche, in particolare, le seguenti: 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	strutture sanitarie e socio-sanitarie
			Documentazione di analisi del percorso
			Documento di rilevazione delle criticità connesse al percorso di continuità ospedale-territorio e di gestione del paziente in RSA

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO CONDIVISO E PERSONALIZZATO PER PAZIENTI MULTICRONICITA	
		Ministero della Salute; la gestione del rischio clinico, prevenzione e gestione delle lesioni da pressione e la prevenzione e 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 con conseguente necessità di arricchire i contenuti clinici e di assistenza tipici della residenza sanitaria	
	Definizione e messa in atto azioni di miglioramento	All'esito della rilevazione si è provveduto alla definizione di un apparato teorico-metodologico per la valutazione partecipata delle strutture residenziali. Lo strumento di rilevazione in particolare si è posto i seguenti obiettivi: avviare la raccolta d'informazioni sul grado di umanizzazione delle RSA pubbliche private; mettere a regime uno specifico flusso informativo dedicato al tema dell'umanizzazione che, attraverso una rilevazione periodica assicuri la disponibilità di informazioni per supportare le azioni di ASR, Regione ed Organizzazioni dei cittadini; proseguire l'adattamento dell'apparato teorico e metodologico per la valutazione partecipata nell'area dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale; 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.	strutture sanitarie e socio-sanitarie Check list di valutazione partecipata del grado di umanizzazione nell'area dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale e modello per implementazione azioni di miglioramento
	TRASFERIBILITA'		
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Ogni parte del progetto può essere trasferito nelle Aziende Sanitarie e nelle strutture socio-sanitarie del SSR della Regione Piemonte e nelle Regioni	
8	CRITICITA' RILEVATE	Principale punto di debolezza rilevato è stato l'assenza di una rete di cittadini con formazione specifica sui diversi e percorsi assistenziali	

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:

- confermare il mandato al 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;
- confermare l'individuazione dei 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 raccordo con il Gruppo di lavoro ad hoc insediato presso l'Azienda Zero, 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:

- confermare il mandato al 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;
- confermare l'individuazione dei 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 raccordo con il Gruppo di lavoro ad hoc insediato presso l'Azienda Zero del Piemonte, 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.

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023				
1	REGIONE	PIEMONTE		
2	LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA		
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	3A. COSTITUZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE		
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura	
		2010	na	
Data presentazione risultati				
31/12				
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE				
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo	
	Risorse vincolate degli obiettivi di PSN	D.G.R. 20/06/2023, n. 9-7070; D.G.R. 22/04/2024, n. 20-8466	€ 4.048.540,50	
	Eventuali risorse regionali	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL.	0,00	
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI				
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento	
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti	
	Gennaio/Dicembre	Prosieguo 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.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Formalizzazione degli atti normativi di riferimento
	Gennaio/Dicembre	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.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Formalizzazione degli atti normativi di riferimento
Gennaio/Dicembre	- 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;	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Attuazione dell'istruttoria per l'identificazione dei criteri e dei requisiti	

	Gennaio/Dicembre	- aggiornamento delle linee guida e dei PSDTA sulla terapia del dolore, specificamente sul dolore oncologico e sul low back pain;	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Attuazione dell'istruttoria per l'aggiornamento dei PSDTA
	Gennaio/Dicembre	- programmazione di corsi di formazione e di aggiornamento per tutto il personale operante in terapia del dolore	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Svolgimento corsi di formazione
TRASFERIBILITA'				
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto è attuato su tutto il territorio regionale		
CRITICITA' RILEVATE				
8	CRITICITA' RILEVATE	Necessità di riorganizzazione e riorientamento dei percorsi organizzativi aziendali, in un'ottica di potenziamento del raccordo ospedale-territorio per la continuità della presa in carico dei pazienti		

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE	COSTITUZIONE DELLA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	3B. SVILUPPO DELLE CURE PALLIATIVE E DELLA TERAPIA DEL DOLORE IN AREA PEDIATRICA	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		2010	na
Data presentazione risultati			
31/12			
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	Risorse vincolate degli obiettivi di PSN	D.G.R. 20/06/2023, n. 9-7070; D.G.R. 22/04/2024, n. 20-8466	€ 4.048.540,50
	Eventuali risorse regionali	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL.	€ 0,00
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
	Gennaio/Dicembre	Prosieguo 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.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura
	Gennaio/Dicembre	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.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura
Gennaio/Dicembre	- individuazione dei criteri e dei requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e	Formalizzazione degli atti normativi di riferimento
			Attuazione dell'istruttoria per l'identificazione dei criteri e dei requisiti

		eroganti cure palliative e terapia del dolore per il paziente pediatrico, al fine dell'accreditamento della rete;	cura	
	Gennaio/Dicembre	- aggiornamento delle linee guida e dei PSDTA sulle cure palliative e sulla terapia del dolore in età pediatrica;	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Attuazione dell'istruttoria per l'aggiornamento dei PSDTA
	Gennaio/Dicembre	- programmazione di corsi di formazione e di aggiornamento per tutto il personale operante in cure palliative e terapia del dolore in età pediatrica.	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura	Svolgimento corsi di formazione
TRASFERIBILITA'				
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Il progetto è attuato su tutto il territorio regionale		
CRITICITA' RILEVATE				
8		Necessità di riorganizzazione e riorientamento dei percorsi organizzativi aziendali, in un'ottica di potenziamento del raccordo ospedale-territorio per la continuità della presa in carico dei pazienti		

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

AMBITO DI INTERVENTO 1: PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

RISULTATI RAGGIUNTI 2023

PP1 SCUOLE CHE PROMUOVONO SALUTE

Il setting scolastico è uno degli ambienti di vita fondamentali per il raggiungimento di obiettivi di benessere e apprendimento, attraverso un approccio globale e sistemico che consente di promuovere la salute nella sua più ampia accezione. Nel 2023, si è quindi puntato sul consolidamento della rete delle Scuole che Promuovono Salute, lavorando per: - favorire percorsi di partecipazione e responsabilità; - favorire l'interazione tra scuola, istituzioni locali e altri attori del territorio; - promuovere la costruzione di un ambiente sano, inclusivo, sostenibile e sicuro; - promuovere la salute attraverso metodologie educative efficaci; - modulare la progettazione curricolare in coerenza con la promozione della salute; - migliorare le politiche scolastiche; - migliorare la salute della comunità e rigenerare il contesto in cui la scuola è inserita. In Piemonte si punta a raggiungere questi risultati puntando sul consolidamento delle alleanze, la formazione congiunta e l'offerta di progetti a catalogo.

In occasione della conclusione del progetto “Diario della salute”, è stato realizzato il webinar finale dal titolo “Diario della salute - evoluzione digitale, racconti della sperimentazione”.

È stato realizzato il 2/09/2023 il seminario “Scuole che promuovono salute: partecipare alla rete piemontese” destinato ai Dirigenti scolastici di tutte le autonomie scolastiche del Piemonte e agli operatori delle ASL impegnati nei Programmi 1 e 4.

Nel 2023 sono stati raggiunti i seguenti risultati:

- % istituti scolastici che aderiscono formalmente alla Rete con impegno a recepire l’“Approccio globale” e a realizzare gli interventi di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”: 21%
- % di scuole che realizzano almeno 1 intervento di cui al “Documento regionale di pratiche raccomandate”: 64% (percentuale calcolata sui soli plessi della secondaria di primo grado poiché la Regione Piemonte ha scelto di occuparsi specificamente di questo ordine di scuola mettendo a disposizione 3 pratiche raccomandate per una fascia d'età considerata particolarmente vulnerabile dalla lettura dei dati a disposizione).

Tutte le ASL hanno inserito nei loro cataloghi almeno un progetto di alimentazione incentrato anche sulla merenda di metà mattina con consumo di frutta e un progetto sull'attività fisica attraverso la pratica raccomandata Muovinsieme. Ogni ASL, nella zona a maggior deprivazione definita sulla base dell'utilizzo dell'indice Health Action Zone, ha fatto una proposta attiva alle scuole in relazione alla partecipazione ai progetti sopra indicati.

PP2 COMUNITÀ ATTIVE

Nel 2023 è stato sottoscritto con ANCI Piemonte un accordo di collaborazione, con lo scopo di condividere il concetto di Comunità attive e coinvolgere gli Enti Locali nella promozione, nel supporto e nella facilitazione ai cittadini, affinché siano messi nelle condizioni di migliorare la quantità di attività fisica quotidiana. Per giungere a tale risultato è stato necessario promuovere azioni di advocacy nei confronti di diversi interlocutori al fine di trovare punti di interesse comune nella promozione dell'attività fisica. È stato adottato un modello già in uso da parte di ANCI Piemonte per incontrare la popolazione, “ANCI Piemonte Incontra”, per fissare il primo incontro con il Comune di Chieri, della Città Metropolitana di Torino.

Un'altra importante azione è stata la mappatura delle risorse presenti sui territori, per favorire l'attività fisica, realizzata attraverso il coinvolgimento dei Comuni (Sindaco, Assessore, ecc.). È stato necessario prendere contatti diretti con gli amministratori per ottenere una risposta completa. Ne sono emerse mappe molto ricche e complete ed è stato possibile valorizzare e dichiarare il 32% dei Comuni come “attivi” (ovvero Comuni che realizzano, anche in collaborazione con la ASL, almeno un programma di promozione dell'attività fisica per ciascuna fascia di età o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli alla promozione di uno stile di vita attivo. Sono stati registrati in banca dati ProSa 311 gruppi di cammino con 9110 iscritti.

A livello regionale è stato messo a disposizione il materiale divulgativo per la giornata mondiale di promozione dell'attività fisica del 6 aprile 2023, a cura del Centro di Documentazione Regionale per la promozione della salute DoRS, ovvero un poster e un decalogo realizzati dall'Agenzia di Salute Pubblica della Catalogna (ASPCAT); è stato reso disponibile un nuovo strumento di advocacy: "Come dare priorità alle azioni per l'attività fisica" (Ispah, 2022), per contattare e per coprogettare con i decisori e rappresentanti del terzo settore.

PP3 LUOGHI DI LAVORO CHE PROMUOVONO SALUTE

Nel 2023 è stata avviata la sperimentazione della Rete WHP Regione Piemonte in tutte le ASL sulla base del Modello organizzativo preliminarmente condiviso con i rappresentanti individuati dalle parti sociali del Comitato Regionale di Coordinamento (CRC). È stata predisposta su Medmood (piattaforma moodle per la formazione degli operatori sanitari del SSR) l'area "Luoghi di lavoro" articolata in:

- area "Promozione della salute WHP", a libero accesso, destinata a contenere le proposte della rete regionale e locale e illustrare le modalità di adesione, con sezioni dedicate alle 12 ASL
- area dedicata alla formazione dei referenti e delle figure della prevenzione delle aziende aderenti alla Rete, con credenziali di accesso.

Nel 2023 hanno aderito alla Rete WHP Regione Piemonte:

- 73 aziende in 10 ASL su 12, di queste 51 hanno realizzato almeno una pratica raccomandata per un tema di salute, pari al 69% delle aziende aderenti,
- 12 ASL, aderenti di default, e 1 Azienda Ospedaliera Universitaria. Tutte hanno realizzato almeno una pratica raccomandata per un tema di salute.

Tutte le 12 ASL hanno avviato incontri con gli stakeholder del comparto individuato per l'azione equity-oriented (prevalentemente edilizia), 8 ASL hanno redatto con lo stakeholder di riferimento un intervento/progetto e in alcuni casi hanno già messo in atto azioni specifiche. Sul sito regionale (<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/prevenzione/luoghi-lavoro-che-promuovono-salute-whp>) è stata pubblicata l'Istantanea "La Rete WHP Regione Piemonte", strumento comunicativo che descrive la Rete, illustra chi può aderire e come, quali le azioni compiere dopo aver aderito e quali benefici/vantaggi derivano dall'adesione. Tutte le ASL hanno realizzato iniziative di comunicazione ispirate ai principi del marketing sociale, quasi tutte in occasione della "Settimana europea per la sicurezza e la salute sul lavoro" di ottobre.

PP4 DIPENDENZE

Dopo aver realizzato 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, è stato possibile, nel 2023, approfondire il confronto tra operatori sulle tipologie di prevenzione e di conseguenza sugli obiettivi e le strategie di intervento da adottare nei diversi contesti. Dalla Relazione al Parlamento del 2023 emerge che la Regione Piemonte ha attivi più di cento progetti di prevenzione. È proseguita la collaborazione e la coprogettazione delle attività del CAPS (Centro di attività di Promozione della Salute) di Torino, 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 e formazione a valenza regionale, archivio documentazione e audiovisivi. Sono stati realizzati due percorsi formativi: "Le Pratiche di Valutazione dei Progetti di Prevenzione alle Dipendenze nel contesto delle ASL della Regione Piemonte", di tipologia blended svolto il 7 novembre in presenza e il 19 dicembre 2022 on line; "Professionisti della Salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita", FAD, finalizzato all'acquisizione e al consolidamento di specifiche competenze relative alla valutazione degli interventi di prevenzione, l'intervento breve, la motivazione e i 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.). Si intende proseguire il percorso formativo interdipartimentale al fine di implementare le competenze specifiche in termini di valutazione sull'efficacia degli interventi di prevenzione.

Inoltre, in tema di contrasto del gioco d'azzardo, è stata avviata a marzo 2023 la campagna di comunicazione "Non è un bel gioco", che ha previsto eventi divulgativi e di sensibilizzazione presso i Comuni della Regione

Piemonte, il GAP tour (eventi territoriali di informazione e prevenzione), attività d'informazione, consulenza e invio ai servizi di cura attraverso il sito dedicato, il numero verde e i social media. Nel 2023 sono stati potenziati gli interventi di prevenzione, limitazione dei rischi e riduzione del danno su alcuni territori, grazie all'avvio di nuovi progetti previsti dai Piani Locali delle Dipendenze, ed è stata garantita la continuità sui territori dove tali progetti erano già stati avviati. Per quanto riguarda l'azione orientata all'equità, nel 2023, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze (OED), sono stati definiti gli indicatori per un sistema di rilevazione delle differenze socio-economiche dei giocatori d'azzardo sul territorio regionale.

Nel 2023 si è concordato di intraprendere una raccolta e condivisione di report e letteratura sulla Riduzione del Danno (metodologia, drug checking, mappatura dei luoghi di consumo, ecc.) al fine di implementare la conoscenza del fenomeno in continua evoluzione e declinare interventi di prevenzione maggiormente appropriati sul territorio regionale.

È stata effettuata una mappatura di tutti gli interventi di prevenzione dei Dipartimenti delle Dipendenze tramite la compilazione di schede sui sistemi di monitoraggio/valutazione dei progetti con l'obiettivo di confrontarsi sugli strumenti utilizzati e predisporre la prosecuzione del percorso formativo sulla valutazione nel 2024.

Il gruppo di lavoro regionale ha raccolto gli aggiornamenti disponibili sui dati del fenomeno della dipendenza e sugli interventi di prevenzione attivati.

Nel 91,7% delle ASL (11 su 12) sono stati attuati interventi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction, in setting extra scolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo

Nell'83% delle ASL (10 su 12) sono stati attuati interventi di prevenzione indicata, anche finalizzati all'intervento precoce, declinati per specifici gruppi vulnerabili (quali gli adolescenti e le loro famiglie, le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri) o a rischio aumentato.

In tutte le ASL sono stati attuati interventi di riduzione dei rischi e del danno rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi.

Tutti i Dipartimenti delle Dipendenze hanno partecipato allo screening nazionale sull'HCV (target ad alto rischio), mentre il 50% delle ASL attua programmi di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio.

PP5 SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA

Nel 2023 sono stati realizzati incontri con la Direzione regionale Welfare sul tema dell'invecchiamento attivo e con la Direzione regionale Trasporti per quanto riguarda la mobilità sostenibile. I tavoli intersettoriali locali per l'attuazione dell'azione equity-oriented sono stati costituiti in tutte le ASL salvaguardando le diverse caratteristiche dei territori. La rete Safe Night (che riunisce i progetti delle ASL finalizzati a promuovere stili di vita consapevoli nel contesto del divertimento) si è incontrata sei volte e ha realizzato il flyer sul "seratone felice" per la prevenzione dei comportamenti non idonei durante le ore notturne. Sono stati costituiti un gruppo di lavoro sull'abuso di psicofarmaci e un gruppo di lavoro che collabora con i Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT) delle Prefetture piemontesi per la creazione di materiale informativo per le persone a cui è stata ritirata la patente perché sotto effetto di sostanze stupefacenti o alcol.

Il tema della prevenzione degli incidenti domestici nell'infanzia è stato inserito all'interno del corso di formazione FAD "Accrescere le competenze genitoriali" (v. PL11), in 4 edizioni, rivolto a professionisti del settore sanitario e del terzo settore. È stato inoltre realizzato ed erogato il corso di formazione FAD "La prevenzione degli incidenti domestici con particolare riguardo alla popolazione anziana", in 4 edizioni, al quale hanno partecipato in totale 550 professionisti del settore sanitario e del terzo settore.

PP6, 7, 8 LAVORO E SALUTE

Nel 2023 è stato convocato due volte il Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 DLgs 81/2008 (CRC) (25 maggio e 25 ottobre), nel corso del quale, tra le altre cose, sono state definite e concordate linee strategiche, anche legate alle attività dei Piani Mirati di Prevenzione (PMP), e sono stati presentati i progressi periodici. Parallelamente, sono proseguiti gli incontri dei Gruppi di lavoro Tematici, formalizzati nel 2022, in

raccordo con i Gruppi di Lavoro Tecnici Regionali già in essere e integrati con i referenti individuati in sede di CRC, al fine di definire nel dettaglio le attività dei PMP, con particolare riferimento alla documentazione di ciascun PMP specifico. Il Gruppo di Coordinamento 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. Ciascuna ASL ha individuato, per ogni PMP da realizzare sul proprio territorio, le imprese target, sulla base della specificità del territorio e avvalendosi della collaborazione degli enti bilaterali/organismi paritetici; mediamente il 69% delle imprese invitate è una microimpresa. Sono stati realizzati i seminari di avvio organizzati da ciascuna ASL individualmente o raggruppate per quadrante oppure ancora in base al PMP scelto; in tali occasioni è stato consegnato alle imprese il materiale formativo/informativo costituito dai documenti di buone pratiche e le schede di anagrafica, di prima valutazione e di autovalutazione. Una volta individuate le imprese target dei PMP, è stata avviata la fase di formazione alle figure della prevenzione, attraverso corsi sia in modalità sincrona che FAD. È stata garantita l'assistenza alle imprese da parte degli SPreSAL delle ASL per l'applicazione delle buone pratiche e per la compilazione della scheda di autovalutazione. Anche quest'anno ciascun Gruppo di lavoro Tematico ha organizzato un corso di formazione, con modalità webinar, rivolto agli operatori SPreSAL, finalizzato all'approfondimento delle tematiche legate ai rischi oggetto dei PMP.

Con DD n. 1031 del 11/05/2023 è stato aggiornato il Gruppo Regionale di Medicina del lavoro, a cui sono seguiti una serie di incontri, nel corso dei quali, tra le altre cose, sono stati aggiornati i documenti relativi alle buone pratiche sulla sorveglianza sanitaria con riferimento ai rischi specifici dei PMP. Contestualmente è stato organizzato un evento formativo regionale accreditato, rivolto a Medici competenti del SSR e delle imprese piemontesi (con priorità verso quelle aderenti ai PMP), medici e operatori SPreSAL.

Nel corso del 2023 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) sono stati organizzati in ciascun quadrante interventi informativi relativi, tra le altre cose, ai Piani Mirati di Prevenzione. Contestualmente, sono state realizzate attività informative sul sito regionale, con un focus specifico di sintesi delle finalità dei PMP con attenzione a ciascun rischio, e sui canali social istituzionali, finalizzate al raggiungimento della più ampia platea di cittadini e di lavoratori. Inoltre sono stati organizzati i seguenti incontri formativi e informativi:

- agricoltura: incontri "Sicuramente in bosco" (Limone Piemonte (CN), 20 luglio 2023; Trino (VC), 22 novembre 2023); presentazione PMP Agricoltura – rischio ambienti confinati al Convegno Nazionale Agricoltura (Taranto, 26 ottobre 2023);
- edilizia: convegno "La nuova vigilanza in edilizia. Rischio caduta dall'alto" organizzato da Formazione Sicurezza Costruzioni Torino, dove sono state presentate le attività di vigilanza che verranno attuate, al fine di verificare il rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza sul lavoro secondo i criteri stabiliti dal PNP e dal Piano Mirato di Prevenzione in Edilizia (24 ottobre 2023); interventi e presentazioni in tema di rischio caduta dall'alto nel corso del 39° Congresso nazionale di igiene industriale e ambientale (Arenzano, 14 giugno 2023);
- stress correlato al lavoro: interventi e presentazioni in tema di nuovi rischi psicosociali nel corso del 39° Congresso nazionale di igiene industriale e ambientale (Arenzano, 14 giugno 2023).

Anche nel 2023 gli Spresal hanno svolto l'attività di vigilanza e controllo prevista dal Piano di vigilanza (Allegato C alla programmazione PRP 2023).

PP9 AMBIENTE, CLIMA E SALUTE

Nel corso del 2023 il Settore regionale ha partecipato a diversi tavoli nazionali con le altre Regioni per avviare un confronto finalizzato all'istituzione del Sistema Regionale di Prevenzione della Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) e per la gestione del finanziamento del Piano Nazionale Complementare (PNC) al PNRR ad esso correlato. Il SRPS piemontese è stato istituito con DGR n. 23-7841 del 4 dicembre 2023 con individuazione della struttura di coordinamento. Nel 2023 il gruppo regionale di programma ha investito molte risorse per consolidare collaborazioni con soggetti di altre Direzioni regionali (in particolare le Direzioni Ambiente, Trasporti, Agricoltura) in un'ottica di integrazione multidisciplinare e di apporto reciproco, finalizzate 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 e con IZS:

- per l'elaborazione condivisa delle linee di indirizzo per la valutazione della salutogenicità degli ambienti urbani;
- per lo sviluppo di strumenti tecnici utili a favorire la condivisione di informazioni disponibili tra gli Enti;
- nell'ambito delle attività svolte dal "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), per fornire supporto sugli studi e le azioni di monitoraggio condotti relativamente agli impatti del polo chimico di Spinetta Marengo.

Il gruppo di programma nel corso dell'anno ha garantito momenti di confronto con il livello territoriale durante i quali sono state discusse diverse tematiche legate all'operatività dei Servizi, compresa la proposta di aggiornamento regionale del tariffario delle prestazioni del Dipartimento di Prevenzione. A livello regionale sono stati organizzati diversi momenti formativi:

- sulle tematiche REACH-CLP;
- per l'illustrazione del documento di indirizzo per la salubrità e sostenibilità degli edifici, formalizzato all'inizio dell'anno)
- sono state inserite tematiche relative all'impatto dell'esposizione in età infantile a campi elettromagnetici derivanti da dispositivi digitali all'interno del corso "Accrescere le competenze genitoriali su alcuni determinanti della salute dei bambini" (v. PL11);
- sull'Health Equity Audit applicato ai PLP.

Nell'ambito delle tematiche REACH-CLP e sicurezza dei prodotti cosmetici le ASL hanno svolto le attività di campionamento e controllo programmate. È proseguita la collaborazione con il Settore competente della Direzione Ambiente, che sta curando l'aggiornamento del Piano regionale amianto. A partire dal documento "Protocollo internazionale SNTool a scala urbana", il gruppo di lavoro composto da IISBE Italia, Ordini professionali, ASL e ARPA ha proseguito il confronto per la scelta degli indicatori utili a delineare il profilo di esposizione ai determinanti di contesto e il livello di deprivazione e ha predisposto una prima versione delle linee di indirizzo per l'espressione di pareri sulle VAS (azione HEA), che saranno oggetto di sperimentazione nel corso del 2024.

È proseguita la collaborazione con la Direzione Ambiente per l'organizzazione e divulgazione tra gli operatori sanitari e ai Comuni delle iniziative di sensibilizzazione sul tema radon e per la predisposizione di materiale informativo, a seguito di aggiornamento della mappatura. In tema di acque potabili, il Sistema Informativo Unificato Regionale è stato reso operativo ed è correntemente utilizzato da tutte le ASL. Il Settore, attraverso il tavolo regionale Ambiente e Salute, ha garantito il supporto necessario per proseguire le attività di studio e monitoraggio sull'area attorno al Polo chimico di Spinetta Marengo avviate nell'ambito dello specifico progetto coordinato dall'ASL di Alessandria. È proseguita la partecipazione ai lavori del Tavolo regionale di Pilotaggio di accompagnamento alla realizzazione della VIS per la tratta ferroviaria AV Torino-Lione, anche attraverso il coordinamento di gruppi di lavoro deputati ad individuare protocolli di gestione dei dati sanitari coerenti con la normativa vigente sulla privacy. L'impegno in interventi di valutazione dello stato di salute della popolazione in aree ad elevata pressione ambientale si è manifestato anche attraverso l'adesione 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), che ha preso il via nel 2023. Le attività di comunicazione e sensibilizzazione sui temi ambiente, clima e salute si sono concretizzate nella partecipazione a iniziative o campagne informative riguardanti qualità dell'aria, mobilità sostenibile, rifiuti, radon. Infine è proseguito 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 2023 il programma si è particolarmente focalizzato nel ridefinire le modalità organizzative di lavoro. Sono state svolte le seguenti attività:

- Recepimento Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

- Aggiornamento Gruppo tecnico di coordinamento e monitoraggio del Piano e della Strategia di contrasto dell'Antimicrobico Resistenza (AMR) e Gruppo di Lavoro regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (GLICA) con la proposta di istituire un solo Gruppo Regionale (proposta in attesa di approvazione DGR).
- Predisposizione del Piano Regionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PRCAR) 2022-2025.
- Formazione: aggiornamento e revisione della FAD su Antibioticoresistenza e buon uso dell'antibiotico.
 1. Corso base di antibiogramma, principi di farmacocinetica e farmacodinamica.
 2. Corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza, nell'ambito del PNRR – Missione 6: è stato erogato il Modulo D (dedicato ai componenti di CIO-CICA) ed è stata messa a punto una convenzione con ISS per il modulo A (rivolto invece a tutti gli operatori dedicati).
- Comunicazione: aggiornamento della pagina web regionale con sezioni dedicate ai cittadini, agli operatori sanitari e ai veterinari; predisposizione di pagina focus per la giornata mondiale sull'uso consapevole degli antibiotici (18 novembre).
- Sorveglianza ARISS (sorveglianza antibiotico resistenza organizzata da ISS): raccolta dati dell'anno 2023 provenienti dai 9 laboratori piemontesi partecipanti alla sorveglianza.
- Sorveglianza delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).
- Partecipazione a SPINCAR (progetto di supporto per la verifica e il monitoraggio del PNCAR a livello regionale) e SIMON (Sistema di monitoraggio delle azioni regionali di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Sono proseguite le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo definite dal PRP e dagli indicatori GLICA. L'obiettivo regionale di avviare la sperimentazione dell'informatizzazione dei laboratori ha subito qualche ritardo in quanto è in fase conclusiva la valutazione dei costi.

Tutte le ASR hanno istituito formalmente un Gruppo di Antimicrobial Stewardship e per tutti i gruppi è stato individuato un referente aziendale nominato come responsabile. Per quanto concerne la funzione AMR-ICA, tutte le ASR hanno posto la funzione dedicata alla sorveglianza, prevenzione e controllo del rischio infettivo (ICA/AMR) in staff alla Direzione aziendale o alla Direzione medica di Presidio. Tutte le Aziende hanno un numero standard di infermieri dedicato all'ospedale; per la rete ISRI territoriale invece, almeno il 50% delle aziende ha un ISRI dedicato al territorio. In merito all'adozione di procedure di prevenzione e controllo delle AMR-ICA in RSA, è stata effettuata la ricognizione di buone pratiche presso le RSA piemontesi. È stato predisposto un repository delle procedure raccolte con presentazione/discussione delle stesse in occasione di un evento formativo ad aprile 2023.

Il Report sul consumo di antibiotici è stato predisposto sia per la parte umana che veterinaria.

PL11 PRIMI 1000 GIORNI

Nel 2023 è stata erogata la formazione "Accrescere le competenze genitoriali su alcuni determinanti della salute dei bambini", costruita in maniera intersettoriale, con il coinvolgimento dei programmi PP2, PP5, PP9, finalizzata a migliorare nei professionisti la conoscenza dei determinanti della salute dei bambini in relazione ad allattamento, inquinanti ambientali, esposizione agli schermi digitali, attività fisica e rapporto con la natura. La prima fase della formazione è stata erogata in modalità Formazione a distanza (FAD) asincrona, su piattaforma MedMood (ente erogatore ASL Città di Torino), e si concentra sulle conoscenze relative ai determinanti di salute, mentre la seconda fase, volta ad approfondire modalità e strumenti per la comunicazione con la popolazione target (genitori e bambini), è prevista nel 2024 in diverse edizioni dislocate sul territorio regionale. Hanno partecipato alla FAD 400 operatori del pubblico e del privato sociale.

Il Tavolo intersettoriale regionale ha preso sempre più forma e confidenza, diventando luogo di pensiero e progettazione e concretizzando il progetto "Nati con la Natura". È stata costruita ed erogata una formazione di sensibilizzazione sulle tematiche della natura e prima infanzia dedicata agli operatori dei Parchi e delle Fattorie Didattiche, alla quale hanno partecipato 100 discenti. In proposito, è stata realizzata una pagina sul

sito regionale (sezione “Biodiversità e aree naturali”) ed è stato pubblicato un articolo sulla rivista regionale “Piemonte Parchi”, mensile di informazione e divulgazione naturalistica sulle aree protette.

L'azione equity-oriented ha previsto la somministrazione dei questionari sulle conoscenze degli operatori sui determinanti di salute dei primi 1000 giorni. Sono stati erogati due questionari sovrapponibili, uno rivolto a operatori sociosanitari e l'altro per operatori esterni al SSN. Al primo hanno risposto 1065 operatori, al secondo 772. Sono stati elaborati i risultati di entrambi i questionari. I dati sono stati presentati durante una giornata di confronto promossa dal Tavolo intersettoriale regionale svoltasi il 28/11/23; il momento di restituzione dei risultati è stato un'importante occasione di confronto e scambio tra i componenti dei tavoli intersettoriali, i Pediatri di libera scelta (PLS) e altri stakeholder invitati per l'occasione. L'incontro è stato anche l'occasione per confrontare i dati con quelli emersi in Piemonte dalla sorveglianza nazionale “Bambini 0-2 anni”, tendenzialmente sovrapponibili.

Tali risultati sono utilizzati dai tavoli locali per la programmazione delle azioni da attuare nel territorio e sono anche guida per indirizzare la scelta verso percorsi formativi inerenti i determinanti meno conosciuti.

In occasione della settimana mondiale per l'allattamento materno (SAM 2023), è stato creato sul sito web regionale il focus dedicato, con spazio alle iniziative realizzate dalle ASL.

Le linee di indirizzo per l'accompagnamento delle neo famiglie nei primi 1000 giorni di vita sono definite da quanto compreso nel Percorso Nascita (DGR n. 34-8769 del 12/05/2008 Piano socio-sanitario regionale 2007-2010), modello organizzativo e assistenziale che garantisce l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno alla donna/coppia e neonato durante la gravidanza, il travaglio, il parto e il puerperio, nel contesto del suo ambiente di vita attraverso prestazioni appropriate e uniformi su tutto il territorio regionale. L'elaborazione del profilo assistenziale per il bilancio di salute preconcezionale è stata avviata con la presentazione degli obiettivi (riunione Coordinamento Consultori, 13 marzo 2023) e la costituzione del gruppo di lavoro multiprofessionale con la partecipazione di 26 operatori consultoriali delle ASL del Piemonte, che si è riunito due volte (25/09 e 28/11). È stata effettuata l'analisi dei dati rilevati da: 1. sistema di sorveglianza “Bambini 0-2 anni” sui principali determinanti di salute del bambino; 2. diffusione e utilizzo dell'Agenda della Gravidanza (fonte dati: Certificati di assistenza al Parto; Flusso Consultori come da DD 405/2021); 3. partecipazione delle donne in gravidanza e nel postparto agli Incontri di accompagnamento alla nascita (fonte dati: Certificati di assistenza al Parto; Flusso C registrazione impegnative Agenda della Gravidanza per incontri pre e postparto); 4. intercettazione e presa in carico del disagio psichico perinatale (fonte dati: Flusso Consultori come da DD 405/2021; Flusso C- codice esenzione specifico D01); 5. accesso delle donne ai consultori per la visita preconcezionale (fonte dati: Flusso Consultori come da DD 405/2021).

PL12 SETTING SANITARIO: LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA CRONICITÀ

Nel 2023, sono stati realizzati 2 incontri del gruppo intersettoriale Prevenzione e Cronicità in data 14 marzo e 29 novembre. Tutte le Aziende hanno organizzato almeno 2 incontri del gruppo aziendale multidisciplinare per proseguire le attività previste dal PL12. I referenti aziendali della Prevenzione hanno partecipato ai gruppi di lavoro aziendali per la definizione dei PSDTA per BPCO, Scompensato Cardiaco, Malattia Renale Cronica e Malattia di Parkinson, previsti dalla programmazione 2023 dei Piani Locali Cronicità. Nell'ambito del progetto CCM “Sostenere il cambiamento: la formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti che operano per la promozione di stili di vita favorevoli alla salute”, 6 professionisti hanno concluso il percorso formativo entro i termini stabiliti dal Ministero della Salute. Inoltre, sono stati avviati due percorsi formativi blended con i seguenti esiti: 1. Professionisti della Salute: competenze trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita (accreditato con 50 crediti ECM), 209 iscritti hanno completato il percorso; 2. Professionisti dei luoghi di lavoro: competenze professionali trasversali nel supporto al cambiamento degli stili di vita dei lavoratori (accreditato con 30 crediti ECM), 124 professionisti hanno completato il percorso. Complessivamente, i due corsi hanno permesso di formare 333 professionisti in Piemonte.

È stata effettuata la raccolta di materiali informativi e la relativa valutazione di trasferibilità con il gruppo regionale Comunicazione. I materiali sono stati pubblicati sul sito regionale e condivisi con le Aziende Sanitarie in occasione di giornate tematiche (es. Obesity Day, giornata mondiale senza fumo, ecc.). È stato

adattato e diffuso, in accordo con il PL13 e il PP3, uno strumento di comunicazione relativo al pasto sano fuori casa. Tutte le ASL hanno avviato progetti di promozione della salute mirati ai soggetti più svantaggiati.

PL13 ALIMENTI E SALUTE

Nel 2023 è stata completata l'attività delle due commissioni regionali sulla nutrizione che ha portato alla definizione delle nuove proposte operative per la ristorazione collettiva, scolastica (che comprende gli asili nido e le scuole dell'infanzia fino ad arrivare alla scuola primaria e secondaria), e ospedaliera-assistenziale. I due documenti verranno adottati formalmente e diffusi ai Servizi nel 2024.

Nell'ambito del programma di formazione PRISA (Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare), sono stati realizzati 7 corsi di formazione coordinati a livello regionale sui temi del PL13. Tra questi, l'evento formativo "Le diete speciali tra prevenzione e cura". Per la formazione degli operatori del settore alimentare è stato sviluppato il progetto regionale per la protezione dei soggetti affetti da celiachia che ha previsto la realizzazione dell'arco dell'anno di corsi di formazione teorico-pratici, in presenza e interattivi a distanza, per ristoratori, albergatori e laboratori artigianali, nonché corsi per centri cottura e punti di distribuzione nell'ambito della ristorazione collettiva.

11 ASL su 12 hanno definito specifici percorsi per la formazione a cascata degli operatori. La condivisione dei contenuti dei corsi di formazione organizzati con il coordinamento regionale è avvenuta sia attraverso specifiche riunioni di servizio, sia attraverso la messa a disposizione di tutto il personale dei Servizi, del materiale e dei contenuti dei corsi in una apposita cartella di rete condivisa. In particolare: l'ASL CN1 ha organizzato un evento formativo, accreditato ECM quale ricaduta interna all'ASL del Corso regionale sulla gestione delle MTA; l'ASL Novara ha predisposto il documento "Relazione partecipazione a corsi esterni in regime di aggiornamento obbligatorio" messo a disposizione dei colleghi sul server aziendale, per la condivisione del contenuto del corso (9 corsi documentati); i soggetti dell'ASL TO3 formati nel 2023 su Novel food e Novel feed hanno realizzato in data 24/01/24 il corso di formazione ECM a cascata rivolto al personale del SIAN e del Servizio Veterinario.

È stato realizzato un programma di comunicazione finalizzato a promuovere capacità di scelta e comportamenti alimentari favorevoli alla salute, comprendente una campagna di comunicazione regionale in occasione della giornata nazionale contro l'obesità (Obesity Day – 10 ottobre 2023) che ha previsto la pubblicazione di un focus sul sito e sui social regionali, ripreso e postato dai siti e dagli account social delle ASL. Inoltre è stata realizzata attraverso la piattaforma EUSurvey l'indagine conoscitiva sulla percezione del rischio nutrizionale da parte dei consumatori, aperta per 4 mesi da ottobre 2023 a gennaio 2024.

Con riferimento all'azione equity-oriented, per aumentare il numero di plessi che insistono in "aree di azione per la salute" coinvolti nei progetti di promozione di sane abitudini alimentari, è stato utilizzato lo strumento HAZ per definire 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). Tutte le ASL hanno proposto ad Istituti comprensivi che insistono in tali zone almeno un progetto di promozione di sane abitudini alimentari. Si è registrato un incremento del numero di plessi raggiunti dai progetti che sono tutti caricati sulla banca dati ProSa.

Con riferimento alle azioni di contrasto della malnutrizione sono stati elaborati i dati della banca dati etichette che raccoglieva le etichette dei più diffusi snack e merende consumati in età evolutiva negli anni dal 2008 al 2019. È emerso, a conferma di quanto rilevato dalla Sorveglianza nazionale OKkio alla Salute, un elevato consumo di alimenti industriali ultra lavorati ricchi in sale, grassi saturi e zuccheri a rapido assorbimento.

Per quanto riguarda la parte clinica è stata realizzata una indagine conoscitiva per acquisire le informazioni di dettaglio relative alle modalità di gestione ed erogazione del servizio di ristorazione nelle strutture assistenziali e definire il contesto nell'ambito del quale dovranno trovare applicazioni le nuove direttive regionali. Inoltre ogni ASL ha predisposto azioni integrate per l'intercettazione precoce e la lotta alla malnutrizione in ambito pediatrico, almeno per uno dei tre gradi di complessità individuati a livello regionale.

I SIAN hanno dato attuazione al programma regionale di sorveglianza della qualità nutrizionale dei pasti offerti nella ristorazione collettiva, attraverso l'utilizzo di una specifica check-list di autovalutazione del rischio nutrizionale in occasione delle visite ispettive. Le stesse check-list sono state aggiornate nell'ambito

di lavori delle commissioni regionali nutrizione e verranno utilizzate in modo uniforme sul territorio a partire dal 2024.

È stato prodotto l'aggiornamento del Report regionale sulla gestione delle malattie trasmesse dagli alimenti, pubblicato sul sito regionale, insieme a materiali divulgativi (infografica consumatori e report sintetico laboratori) diffusi a cura delle ASL. È continuata la formazione degli operatori sanitari grazie alla edizione aggiornata del corso FAD "La sorveglianza sulle MTA in Piemonte: stato dell'arte e novità introdotte" che ha contato 1160 partecipanti in 13 edizioni.

PL14 PREVENZIONE MALATTIE INFETTIVE

Nel 2023 sono proseguite le attività di aggiornamento e coordinamento, in coerenza con le indicazioni nazionali, della capacità di preparazione (preparedness) alle emergenze infettive e di monitoraggio del piano pandemico, sia a livello regionale che a livello ASL. Sono stati identificati formalmente i riferimenti regionali e aziendali del Piano Pandemico. L'esercizio di simulazione è stato organizzato dalla Regione Piemonte in data 13/12/2023. Tutte le ASL hanno partecipato con i propri operatori (in sede/online) previsto dal Piano strategico e operativo regionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023.

È stato garantito da parte di tutte le ASL l'adempimento del debito informativo regionale e ministeriale attraverso il flusso informativo PREMAL per le notifiche di malattia infettiva e anche tramite le ulteriori piattaforme dedicate alle malattie sottoposte a sorveglianza speciale (piattaforma MABI, SEIEVA, Sorveglianza Integrata Morbillo e Rosolia, Pertosse, Legionella, Malaria, Influenza, Infezioni di classe I, PFA).

È stata attuata la formazione per gli operatori sanitari relativa alle emergenze infettive (14/12/2023), la piattaforma PreMal (1a ed. 28/03/2023; 2a ed. 09/05/2023), le malattie emergenti e riemergenti; tutte le ASL hanno partecipato ai corsi.

La collaborazione con i SerD ha permesso di migliorare la promozione dei test di screening gratuiti per le infezioni a trasmissione sessuale (IST) alle popolazioni target. È stato aggiornato l'elenco dei Centri IST della Regione Piemonte disponibile sul sito regionale. La collaborazione dei Dipartimenti di Prevenzione con i Dipartimenti Dipendenze delle ASL ha permesso di sviluppare materiale informativo sulle IST che è stato distribuito nel corso dei progetti "Safe night". Sono state adottate le indicazioni AIFA sulla distribuzione della PrEP.

Lo studio pilota per l'ampliamento dell'offerta di screening TB nelle comunità chiuse sul territorio (azione equity-oriented) è stato svolto dall'ASL Città di Torino, individuata come ASL capofila, e dalle ASL AT e TO4. Sono state progettate le attività di screening su invito della TB attiva e di esecuzione di screening di I livello. L'ASL Città di Torino ha sviluppato un documento, poi condiviso con tutte le altre ASL, di progettazione del percorso diagnostico-terapeutico per TB. Lo studio pilota ha previsto due fasi: 1) progettazione delle attività: screening su invito con ricerca di malattia attiva tubercolare nei soggetti inseriti nelle comunità individuate insistenti sul territorio di Torino; esecuzione di screening di I livello presso due strutture appartenente alla rete SAI (Sistema Accoglienza Integrazione) definite in accordo con il Servizio Stranieri e Minoranze Etniche del Comune di Torino. 2) valutazione di fattibilità: sono state coinvolte due strutture dell'ASL Città di Torino che si occupano in maniera attiva della gestione dei casi di tubercolosi. Per attuare e mantenere nel tempo le attività previste dallo studio pilota e al tempo stesso garantire le attività ordinarie dei due Servizi coinvolti, sarebbe necessario un incremento delle risorse.

È stata approvata con Determinazione Dirigenziale n. 367 del 20/02/2023 la "Nomina dei componenti del Comitato tecnico-scientifico per la lotta alle zanzare ed altri vettori ricostituito con DGR n. 13-6508 del 13.02.2023". Tutte le ASL del Piemonte hanno applicato il Piano per la lotta alle zanzare ed altri vettori e hanno nominato i referenti aziendali per la messa in atto del Piano.

È proseguito il coordinamento delle campagne di comunicazione su vaccinazioni, emergenze e malattie infettive prioritarie: nel sito regionale è stato pubblicato un focus in occasione della "Settimana europea delle Vaccinazioni" di aprile e sono state aggiornate le pagine che si riferiscono alla campagna di vaccinazione antinfluenzale 2023/2024.

PL15 SCREENING ONCOLOGICI

Nel 2023 per quanto riguarda lo screening del tumore della mammella non è stato raggiunto l'obiettivo regionale di copertura da invito (copertura inviti: 94%), obiettivo invece raggiunto a livello regionale per lo screening del tumore della cervice uterina (copertura inviti: 104%) e per lo screening del tumore colon-retto (copertura inviti: 106,5%). Per quanto riguarda la copertura da esami del 2023, non è stato raggiunto l'obiettivo regionale per lo screening del tumore della mammella (copertura esami: 51,5%) e per il tumore del colon-retto (38,9%), mentre è stato raggiunto per lo screening del tumore della cervice uterina (copertura esami: 64%). La copertura da esami per il 2023 è in generale risultata bassa, in particolare se confrontata all'attività pre-pandemia, ed è stato raggiunto l'obiettivo solo per lo screening della cervice mentre non è stato raggiunto per lo screening del tumore della mammella e del colon-retto. Questa flessione di attività, dovuta anche ad un calo di partecipazione ai programmi, è pesantemente condizionata dalla riduzione di attività in alcune aree della regione (principalmente dovute a carenza di personale nei Servizi), che hanno pesato in modo determinante sul raggiungimento dell'obiettivo regionale. Per quanto riguarda lo screening della cervice uterina, sono state realizzate le modifiche necessarie dell'applicativo gestionale, che hanno permesso l'adozione del nuovo protocollo modulato in base allo stato vaccinale. Nel corso del 2023 sono stati finalizzati i materiali per l'organizzazione di attività informative/formative, rivolte a MMG e operatori dei centri prelievo, per: ricondurre al programma di screening le prestazioni ambulatoriali inappropriate, informare gli operatori sul nuovo protocollo del colon-retto e sulle novità introdotte nel protocollo della cervice uterina. Nell'autunno del 2023 è stata lanciata la nuova campagna di comunicazione regionale di "Prevenzione Serena" rivolta alla popolazione. Ad ottobre 2023 si è svolto a Torino una giornata di studio "Uno screening per tutt*", rivolta a tutti gli operatori che operano a vario titolo nello screening, finalizzata a condividere proposte di lavoro per facilitare l'accesso ai programmi di Prevenzione Serena alle popolazioni fragili. Tra novembre e dicembre 2023 si sono svolti i 3 workshop regionali dedicati agli operatori dei tre programmi di screening oncologici regionali.

È continuata la collaborazione tra Federfarma e Prevenzione Serena (screening per il tumore del colon-retto) con il coinvolgimento di tutte le ASL piemontesi. Nel 2023 è stato attivato un sistema, collegato al gestionale screening, che permette alle Unità di Screening delle singole ASL di monitorare le attività di consegna e raccolta dei campioni FIT nelle diverse farmacie attive sul territorio regionale.

Sono stati avviati due progetti nell'ASL Città di Torino e TO3, per l'inserimento di Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e persone senza fissa dimora nei percorsi organizzati di screening di Prevenzione Serena.

PL16 GOVERNANCE DEL PIANO REGIONALE DI PREVENZIONE

L'Accordo di collaborazione tra Assessorato regionale alla Sanità e ANCI Piemonte (approvato con DGR n. 20-7269 del 24/07/2023) è stato sottoscritto dalle parti in data 27/09/2023 e 2/10/2023. È proseguita la collaborazione instaurata nell'ambito del protocollo di collaborazione "Scuole che promuovono salute". La Direzione Sanità ha partecipato ai tavoli regionali intersettoriali relativi a:

- Strategia regionale per lo Sviluppo Sostenibile del Piemonte;
- Piano regionale trasporti e sviluppo rete mobility manager;
- Piano Regionale per la Qualità dell'Aria (PRQA);
- Piano regionale invecchiamento attivo.

Con il Piano formativo 2023 del PRP si è cercato di orientare e coordinare le iniziative di formazione, rispondere ai bisogni formativi, presentare le opportunità formative disponibili nei diversi programmi del PRP, con un focus sul percorso formativo dedicato al counselling motivazionale. Sono stati proposti 5 corsi finalizzati a sostenere le competenze trasversali degli operatori impegnati nell'attuazione del Piano: "Competenze genitoriali sui determinanti della salute dei bambini", "La salute disuguale: cause e possibili soluzioni. Il ruolo dell'Health Literacy", "L'equità nel Piano Locale della Prevenzione", "Uno screening per tutt*", "Il monitoraggio del Piano regionale e dei Piani locali di prevenzione".

La strategia di comunicazione è stata aggiornata nel Piano di comunicazione 2023 e condivisa con i referenti comunicazione e Coordinatori PLP delle ASL. Il gruppo regionale dedicato alla comunicazione PRP ha stilato un calendario delle principali giornate di sensibilizzazione legate ai temi PRP, in occasione delle quali

sono state realizzate iniziative di comunicazione coordinate tra Regione e ASL, anche attraverso banner grafici appositamente predisposti. Le giornate celebrate nel 2023 sono state 8.

Il gruppo HEA ha validato e adottato la checklist di autovalutazione come strumento di monitoraggio dell'avanzamento del percorso di Health Equity Audit (HEA) e ha supportato gli operatori nella conduzione delle azioni previste dal Piano in ottica di equità, attraverso gli incontri della comunità di pratica. Sono state realizzate due azioni formative destinate a referenti locali, regionali e della scuola. Sono state implementate l'area moodle per la condivisione di materiali e l'area del sito www.disuguaglianzedisalute.it dedicata alla valorizzazione delle esperienze locali, nonché la banca dati CARE – Catalogo Azioni Rivolte all'Equità.

Il monitoraggio PRP è proseguito attraverso la definizione della programmazione annuale regionale e locale, l'utilizzo del cruscotto informatico, il supporto formativo ai referenti regionali e locali con un seminario accreditato ECM. Il sistema informativo ProSa è stato adeguato per consentire il monitoraggio di 9 indicatori quantitativi certificativi di 5 programmi PRP.

Nel 2023 è stata attuata la raccolta dati per la sorveglianza OKkio alla Salute, con rappresentatività aziendale in tutte le ASL piemontesi. Il campione costituito da 280 classi terze della scuola primaria ha interessato un totale di 5300 alunni. Il 15 marzo 2023 si è svolto un incontro formativo indirizzato agli operatori ASL per l'avvio della raccolta dati con questionari cartacei e on-line e la consegna di materiali informativi (opuscoli genitori, poster classi/scuole, schede tematiche “La salute si costruisce da piccoli” sui principali determinanti comportamentali di salute dei bambini) da utilizzare per azioni di comunicazione in concomitanza con la raccolta dati e in occasioni successive. Nel 2023 è stato prodotto e pubblicato sul sito regionale il report regionale relativo alla Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia (Sorveglianza 0-2) con i risultati della raccolta dati attuata nel 2022. Sono stati pubblicati i seguenti report con dati tratti dalle sorveglianze: scheda sul fumo di tabacco (dati PASSI Piemonte 2021-2022), scheda sugli incidenti domestici (dati PASSI e sorveglianza 0-2), report Sorveglianza sui determinanti di salute nella prima infanzia (0-2), raccolta 2022.

AMBITO DI INTERVENTO 2: 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 2023

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 2023, le Regioni si sono avvalse del contributo dell'ONS per le seguenti attività.

Convocazione e gestione del Consiglio Direttivo ONS

Il suddetto Consiglio, composto dai referenti dei coordinamenti regionali di screening, è coordinato dall'ONS e tratta tutti gli argomenti relativi allo screening oncologico organizzato dalle linee di indirizzo, al monitoraggio dei programmi, alle proposte operative. Nel 2023 il Consiglio Direttivo si è riunito nelle seguenti sedute: 13/01/2023, 17/02/2023, 31/03/2023, 16/06/2023, 21/09/2023 e 10/11/2023. I verbali delle riunioni sono conservati presso la segreteria ONS.

Attività di monitoraggio attraverso indicatori: rendicontazione NSG e adempimenti

L'ONS conduce ogni anno (usufruendo anche del supporto delle società scientifiche di settore dello screening Gisma, del Gisci e del Giscor) la raccolta sistematica e la valutazione di indicatori di performance e di impatto dei tre programmi di screening. Le survey che vengono condotte hanno contemporaneamente due finalità:

- A) di certificazione rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (indicatore di copertura P15a,b,c, indicatori C1,C2, indicatori U3 e U7);

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

Questi risultati vengono pubblicati annualmente nel Rapporto dell'Osservatorio e discussi in molte iniziative con le Istituzioni, le società Scientifiche, operatori sanitari, le associazioni di volontariato etc. 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° della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute tutta la documentazione necessaria e supporto tecnico nel caso di inadempienze degli indicatori. ONS siede al tavolo del comitato LEA.

Nel 2023 sono stati pubblicati:

sul sito ONS i rapporti brevi relativi alla attività del 2021;

su "I numeri del cancro" aggiornamenti relativi allo stato di avanzamento dei programmi di screening con particolare riferimento alle regioni del Sud, nonché un aggiornamento sugli studi in corso per quanto riguarda lo screening del polmone;

su pubblicazione FAVO aggiornamenti relativi allo stato di avanzamento dei programmi di screening italiani;

pubblicazione sulla rivista Elife "The impact of the COVID-19 pandemic on Italian population-based cancer screening activities and test coverage: results from national cross-sectional repeated surveys in 2020".

Tavoli tecnici

ONS in accordo con la FASO ha costituito due tavoli tecnici con i seguenti obiettivi: il primo di redigere una proposta di codice di condotta che armonizzasse i principi del GDPR 679/16 e il percorso di screening oncologico; il secondo di approfondire le specificità relative allo screening oncologico e al Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 ai sensi del DM del 7.9.23.

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 staging e pianificazione pre-operatoria, 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).

Il documento rappresenta il secondo prodo'o 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 inizia#ve 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.

Collaborazioni con altri Enti ed Istituzioni

A dicembre 2023 è stata pubblicata la 13° edizione del rapporto annuale "I numeri del cancro in Italia 2023", redatto da Aiom (Associazione italiana di oncologia medica), Airtum (Associazione italiana dei registri tumori), Fondazione Aiom, e Ons (Osservatorio nazionale screening), Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia), Passi d'Argento e Siapec-Iap (Società italiana di anatomia patologica e citodiagnostica).

Nella pubblicazione si approfondiscono le tematiche relative allo sviluppo e adesione degli screening oncologici in Italia e l'andamento degli stessi nel periodo 2018-2022.

Gruppo Inter-screening di comunicazione (GIC)

Sul sito dell'ONS nell'aprile 2023 nella sezione Comunicazione è stato pubblicato il documento "Screening oncologici: dieci buone pratiche per la comunicazione" redatto dal GIC con l'obiettivo di realizzare una guida che contenga dieci regole principali per approcciarsi in modo corretto ed efficace alla comunicazione nell'ambito degli screening. Il documento esplicita i requisiti preliminari a cui attenersi per organizzare e realizzare un progetto di comunicazione condiviso tra le diverse figure responsabili all'interno di un'azienda sanitaria e basato su una strategia di comunicazione coerente, coordinata, integrata, chiara, trasparente e

tempestiva, garantendo il mantenimento di un sistema continuo di flussi di comunicazione interna ed esterna. Per i programmi di screening disporre di un piano di comunicazione è fondamentale anche perché, prevedendo specifici indicatori di qualità, permette di misurare i risultati che la comunicazione ha prodotto, nell'ottica di ottimizzare l'offerta dei servizi ai bisogni della popolazione. Il buon esito della comunicazione nell'ambito degli screening dipende da quanto i nostri destinatari saranno adeguatamente informati, coinvolti, consapevoli e preparati sulle proposte di screening e da quanto l'organizzazione riesce a essere coerente con quanto comunicato.

Tali regole dovrebbero essere rispettate per approcciarsi in modo corretto ed efficace alla comunicazione nell'ambito degli screening, che si tratti di un piano di comunicazione "in toto" o che si tratti di comunicare un nuovo progetto, un protocollo innovativo, un cambiamento organizzativo. Un piano di comunicazione deve essere uno strumento flessibile che deve essere aggiornato periodicamente.

Gestione del sito

L'ONS ha provveduto alla revisione della impostazione del sito modificando alcune sezioni. Ha inoltre sempre gestito, tramite il Comitato di redazione, l'invio delle newsletter di aggiornamento, con cadenza mensile.

Formazione

L'ONS in collaborazione con il GISCi ha realizzato il 3 e 4 marzo 2023 il corso di formazione per colposcopisti: La cultura di screening: corso di formazione per i colposcopisti del secondo livello dello screening organizzato. Il corso fa parte del "modello di formazione per il secondo livello" proposto da GISCi, società scientifica dedicata allo screening organizzato ed è realizzato in collaborazione con i Coordinatori regionali di screening di tutte le regioni italiane. L'obiettivo del corso è stato quello di creare una cultura di screening, ovvero il senso di partecipazione ad un gruppo di lavoro che condivide i comportamenti mediante protocolli, dati informatizzati e consapevolezza di una attività supportata dalla rete organizzativa di screening. Il corso ha fornito una formazione di respiro nazionale, ha promosso la condivisione su quanto è già o deve essere applicato per ottenere una prevenzione di alta qualità. In particolare si è focalizzato sul buon funzionamento del secondo livello, diagnostico-terapeutico e sulla sua integrazione all'interno del percorso. Il corso, accreditato ECM si è svolto in modalità webinar e ha avuto la partecipazione di più di 460 professionisti, di cui 353 hanno ottenuto i crediti ECM, da tutte le regioni italiane.

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".

La pubblicazione "I Numeri del cancro" 2023, presentata il 12/12/2023, evidenzia che in Italia, nel 2023, sono stimate 395.000 nuove diagnosi di tumore: 208.000 negli uomini e 187.000 nelle donne. Nel post pandemia si assiste a una ondata di casi, se si considera che, in tre anni, l'incremento è stato di 18.400 diagnosi (erano 376.600 nel 2020). Il tumore più frequentemente diagnosticato nel 2023 è il carcinoma della mammella (55.900 casi), seguito dal colon-retto (50.500), polmone (44.000), prostata (41.100) e vescica (29.700). Nei prossimi due decenni, il numero assoluto annuo di nuove diagnosi oncologiche nel nostro Paese aumenterà, in media ogni anno, dell'1,3% negli uomini e dello 0,6% nelle donne.

Il 4-6 ottobre si è svolto il corso di aggiornamento per operatori dei Registri Tumori presso la sede CEFPAS di Caltanissetta, destinato a 100 professionisti del Registro Tumori Integrato della Sicilia e a una quota di partecipanti/operatori di tutti i registri tumori italiani con priorità ai soci AIRTUM.

È stato pubblicato il Manuale ICD-O-3 Classificazione Internazionale delle Malattie per l'Oncologia, terza edizione, che rappresenta il riferimento dei registri tumori per la codifica della sede e del tipo istologico di tutte le neoplasie, con un innovativo capitolo di guida alla codifica con le migliori combinazioni sede-morfologia che riflettono anche le classificazioni cosiddette Blue books III e IV Serie OMS.

Dal 31 maggio al 2 giugno 2023 si è svolta in Francia la riunione annuale (Ascension) dei membri del GRELL e di tecnici ed epidemiologi che lavorano nei registri dei tumori dei paesi di lingua latina. Iniziata negli anni '70 come forum per la condivisione di esperienze e l'apprendistato tra paesi, è diventata uno dei principali punti di incontro per la discussione di nuove idee e progetti di ricerca scientifica, organizzati dai diversi paesi di lingua latina.

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;
- la messa a disposizione di strumenti utili alla programmazione della prevenzione.

Nel 2023 la Regione Piemonte ha sottoscritto con l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS) l'accordo di collaborazione che approva il progetto pluriennale di supporto del Network italiano per l'Evidence Based Prevention (NiEBP) al PRP per gli anni 2021-2025 (DD n. 2163/A1409C del 18/11/2022, rep. 124 del 28/02/2023), come previsto dall'Accordo Stato-Regioni n. 150/CSR del 4 agosto 2021.

Nel 2023 il NiEBP ha organizzato 6 riunioni di coordinamento delle attività. Si sono svolti anche 2 incontri con le "antenne" individuate dalle regioni, allo scopo di presentare le modalità di raccolta delle proposte delle Regioni in materia di valutazione, documentazione e formazione, organizzare seminari di formazione, presentare la documentazione realizzata.

In relazione agli obiettivi previsti dal progetto, il Network ha svolto le attività illustrate di seguito.

Obiettivo n. 1 “Aggiornamento del sito www.niebp.com” - Per la consultazione della matrice delle evidenze), nel 2023 sono state inserite 25 nuove schede di sintesi. Le schede di sintesi delle revisioni sistematiche sui temi del Piano nazionale della prevenzione e degli interventi di prevenzione efficaci e trasferibili sono 152 in totale a dicembre 2023.

Si sono tenute 5 riunioni del comitato di redazione del sito web. Nel 2023 sono state inviate 5 newsletter, gli iscritti hanno raggiunto quota 2004.

Obiettivo n. 2 “Definizione di una rete di ‘Antenne’ regionali” e n. 3 “Attività di formazione”, sono stati realizzati nel 2023 tre webinar rivolti alle Regioni, sui seguenti temi: Evidence-based Prevention, La selezione delle priorità di intervento: l’esperienza del laboratorio di prevenzione, Le basi metodologiche della EBP.

Obiettivo n. 4 “Supporto alla identificazione e valutazione di interventi di prevenzione promettenti”. A seguito del questionario somministrato alle Regioni, sono stati individuati i seguenti temi:

- Pause attive a scuola
- Salute in carcere
- Incidenti domestici popolazione fragile
- Incidenti stradali popolazione fragile
- Incidenti domestici nei bambini
- Aria indoor nelle scuole
- ICA e AMR, obiettivo: implementare la conoscenza e le misure di prevenzione sulle infezioni correlate all’assistenza e sull’antimicrobico resistenza per ridurre
- la diffusione
- Peer education
- Pratiche SISP obsolete.

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Piano Regionale di Prevenzione	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		01/01/23	31/12/23
			Data presentazione risultati
			31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>	D.G.R. 20/06/2023, n. 9-7070; D.G.R. 22/04/2024, n. 20-8466	€ 19.335.829,00
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
<p>Si vedano i risultati rendicontati attraverso la piattaforma nazionale www.pianiregionalidellaprevenzione.it Si veda inoltre la nota del Ministero della Salute prot. 0022935-02/08/2024-DGPRE-MDS-P con la quale si esprime parere positivo in merito alla certificazione del PRP ai fini degli adempimenti LEA, dando dato atto che i risultati raggiunti dalla Regione Piemonte nel 2023 soddisfano i criteri previsti dal percorso di monitoraggio e valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione (Intesa Stato-Regioni 6/08/2020)</p>			
TRASFERIBILITA'			
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
	Tutto il territorio regionale	Tutto il PRP	
8	CRITICITA' RILEVATE	1) Carenza risorse umane dedicate; 2) Duplicazione di strumenti di rendicontazione	

SCHEDA DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE	Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Attività dei Network Nazionali ONS, AIRTUM e NIEBP a supporto del Piano nazionale Prevenzione per gli anni 2021-2025	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		01/01/23	31/12/23
			Data presentazione risultati
			31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>	D.G.R. 20/06/2023, n. 9-7070; D.G.R. 22/04/2024, n. 20-8466	€ 97.165,00
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	Quota di riparto del FSR alle AA.SS.LL	€ 0,00
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
6	Primo trimestre	Formazione per colposcopisti	Prevenzione oncologica
	Secondo trimestre	Webinar "Evidence-based prevention" (4/04/2023) Webinar "Le basi metodologiche della EBP" (28/05/2023)	Prevenzione primaria
	Tutto l'anno	Matrice delle evidenze www.niebp.com: schede di sintesi delle revisioni sistematiche sui temi del Piano nazionale della prevenzione e degli interventi di prevenzione efficaci e trasferibili	Prevenzione primaria
			partecipazione di 460 professionisti a livello nazionale
			Almeno 1 operatore Regione Piemonte ha partecipato ai webinar Niebp
			25 nuove schede inserite
TRASFERIBILITA'			
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Progetto o parte del progetto che può essere trasferita	
	Tutto il territorio regionale	Tutto il PRP	
8	CRITICITA' RILEVATE	Duplicazione di strumenti di rendicontazione	

LINEA PROGETTUALE 5: TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Progetto pilota per l'assistenza domiciliare e di prossimità: il ruolo del monitoraggio da remoto nel potenziare la qualità dei servizi erogati, favorendo la continuità assistenziale e l'integrazione Ospedale-Territorio.

Regione Piemonte, con Azienda Zero e Fondazione Compagnia di San Paolo, ha avviato a luglio 2022 un progetto pilota che si è protratto nel corso del 2023 nel quale è stata prevista la progettazione ma anche la sperimentazione di una piattaforma di Telemedicina (con focus sul telemonitoraggio) nell'ambito specifico delle cure palliative e dei servizi domiciliari su quattro aziende sanitarie regionali:

- ASL Città di Torino;
- ASL CN1;
- ASL CN2;
- ASL di Alessandria.

La prima fase del progetto (sperimentale) ha consentito di mappare i bisogni socio-sanitari degli assistiti presso ciascuna ASL, identificando le modalità di presa in carico, i setting specifici, i criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti candidabili ai servizi di telemonitoraggio/teleassistenza ed evidenziando gli elementi di potenzialità e criticità da parte di operatori e pazienti sull'utilizzo della piattaforma. Lo strumento implementato è una cartella territoriale digitale, la cui documentazione inserita, condivisa con tutti i livelli professionali (ospedaliero e territoriale), include un piano assistenziale individuale, scale di valutazione medico-infermieristiche e schede per il monitoraggio dei parametri vitali.

Le Aziende hanno realizzato l'intervento nell'ambito delle risorse aziendali disponibili, pertanto non si è reso necessario l'utilizzo delle risorse disponibili nel bilancio di Azienda zero.

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE	LA TECNOLOGIA SANITARIA INNOVATIVA COME STRUMENTO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Assistenza domiciliare e di prossimità: il ruolo del monitoraggio da remoto nel potenziare la qualità dei servizi erogati, favorendo la continuità assistenziale e l'integrazione Ospedale-Territorio	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio 01/07/2022	Data chiusura 31/12/2024 Data presentazione risultati 31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>	D.G.R. 04/05/2023, n. 4-6815; D.G.R. 20/06/2023, n. 9-7070; D.G.R. 22/04/2024, n. 20-8466	€ 0,00
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	Quota di riparto del FSR ad Azienda Zero	€ 3.500.000,00
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	dal 1° al 6° mese	Avvio del progetto pilota con progettazione del sistema da implementare: mappatura dei bisogni socio-sanitari degli assistiti presso ciascuna ASL identificando modalità di presa in carico e setting specifici e definendo criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti candidabili ai servizi	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura in telemedicina Formalizzazione degli atti di riferimento per la presa in carico dei pazienti cronici
	dal 7° al 12° mese	Definizione e condivisione della documentazione inserita nella piattaforma inclusiva di: Piano assistenziale individuale, Scale di valutazione medico-infermieristiche, Schede di monitoraggio parametri vitali	Programmazione e attuazione dei percorsi di terapia e cura Formalizzazione degli atti di riferimento
7	TRASFERIBILITA' 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	
8	CRITICITA' RILEVATE		

LINEA PROGETTUALE 6: REALIZZAZIONE DEL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO PER LE CURE NON URGENTI 116117

Il servizio Numero Unico 116117 nella Regione Piemonte è attivo su tutto il territorio a far data dal 28 settembre 2021. Il servizio trova il suo fondamento normativo a livello regionale nelle Determinazioni n° 531 del 5 luglio 2019 e n°511 del 12 aprile 2021 con cui la Regione ha provveduto ad approvare il “documento tecnico operativo per la realizzazione e il funzionamento del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117”. 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".

L’attività del NEA 116117 continua ad essere 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. Nel corso dell’anno 2023 sono state consolidate le attività diurne avviate sperimentalmente nell’anno 2022. In particolare le attività diurne attivate 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.

Si sottolinea che dal 01 gennaio 2023 la funzione NEA 116117 è stata trasferita alla Azienda sanitaria Zero istituita con L.R. 26 del 26 ottobre 2021. Pertanto la gestione operativa e il conseguente rapporto contrattuale con il fornitore del servizio di Telefonia ed informatica a supporto delle Centrali uniche 116117 è in capo alla suddetta Azienda.

Implementazioni applicativo

Sono state attuate diverse implementazioni in collaborazione con il fornitore al fine di ottimizzare il funzionamento dell’applicativo. In collaborazione con i medici del territorio, sono state individuate e progettate funzionalità che consentiranno un utilizzo più aderente alla pratica clinica attuale, migliorando il flusso informativo e la risposta ai cittadini. Inoltre, dal punto di vista telefonico, sono state introdotte diverse misure per ottimizzare la reattività del sistema durante periodi di carichi telefonici più intensi, come ad esempio durante le festività.

Formazione

È stato istituito un gruppo di formazione composto da operatori tecnici appartenenti alle quattro Centrali Uniche di Acquisizione (C.U.A.) piemontesi. L’obiettivo di questo gruppo è collaborare con la struttura dedicata alla Formazione e Qualità di Azienda Zero per implementare interventi formativi rivolti al personale. Parallelamente, è in corso la redazione di un manuale tecnico regionale destinato agli operatori delle centrali operative. Inoltre, sono stati pianificati eventi formativi per informare la popolazione sul funzionamento del servizio. In diverse occasioni, si è tenuto un confronto con i coordinatori delle centrali operative al fine di ottimizzare la formazione degli operatori tecnici delle centrali.

Dati di attività

Da una analisi di confronto fra gli anni 2022 – 2023 rispetto ai dati di attività si registra nell’anno 2023, a fronte di un numero di chiamate sostanzialmente equiparabile un quadro decisamente più performante. In particolare il tempo di risposta per le chiamate ricevute ed accodate risulta diminuito di 35 secondi rispetto all’anno 2022 e anche il tempo di processazione da parte degli operatori CUA è passato mediamente da 22 secondi a 16. Per quanto riguarda il numero di chiamate telefoniche abbandonate è decisamente diminuito passando da 201.603 a 136.905.

SCHEDE DEI RISULTATI RAGGIUNTI CON I PROGETTI OBIETTIVI DEL PSN ANNO 2023			
1	REGIONE	PIEMONTE	
2	LINEA PROGETTUALE	Realizzazione del numero europeo armonizzato per le cure non urgenti 116117	
3	TITOLO DEL PROGETTO PER ESTESO	Numero europeo armonizzato per le cure non urgenti 116117	
4	DURATA DEL PROGETTO	Data inizio	Data chiusura
		2019	na
			Data presentazione risultati
			31/12
RISORSE FINANZIARIE UTILIZZATE PER REALIZZAZIONE – MODALITA' REPERIMENTO RISORSE			
5	Finanziamento	Riferimento (Delibera, atto ecc.)	Importo
	<i>Risorse vincolate degli obiettivi di PSN</i>	D.G.R. 20/06/2023, n. 9-7070; D.G.R. 22/04/2024, n. 20-8466	€ 0,00
	<i>Eventuali risorse regionali</i>	Quota di riparto del FSR a Azienda zero	€ 3.898.733,00
INDICATORI DEI RISULTATI RAGGIUNTI			
6	Fase del progetto in mesi	Breve descrizione delle attività svolte	Ambito sanitario di intervento
			Risultati quantitativi degli Indicatori di verifica previsti
	entro mese giugno	Avvio sperimentazione CUA 116117 di Cuneo per gestione trasporti secondari	Supporto ai Presidi ospedalieri di riferimento
	entro mese dicembre	Implementazione applicativo	Miglioramento performance operatori / attività di guardia medica
	entro mese dicembre	Miglioramento performance CUA	Integrazione con funzione di continuità assistenziale
			Numero di trasporti gestiti annualmente almeno 50.000
			Rilascio di almeno una release
			Miglioramento di almeno 5 secondi tempo di risposta
TRASFERIBILITA'			
7	Tipo di realtà nella quale può essere implementato il progetto	Parte del progetto può essere implementato per l' integrazione e il supporto informativo rispetto ad altre realtà aziendali (es COT, gestione informazioni utenza etc)	
8	CRITICITA' RILEVATE	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa conoscenza delle potenzialità e del funzionamento della CUA da parte dei cittadini • Resistenza al cambiamento 	