



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo 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 delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013.

Rep. Atti n. 13/CSE del 20 febbraio 2014

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

Nella odierna seduta del 20 febbraio 2014:

VISTO l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

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

VISTO l'articolo 1, comma 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dall'art. 79 comma 1quater del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede l'elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al citato comma 34, sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali e dal Ministro della salute ed approvate tramite accordo in questa Conferenza, ed individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione;

VISTA la nota del Ministero della salute del 14 febbraio 2014, con la quale è stata trasmessa la proposta di accordo, tempestivamente diramata da questo Ufficio di Segreteria;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome hanno espresso parere favorevole sulla proposta di accordo;

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE :

- occorre fare riferimento all'ultimo PSN, vale a dire quello relativo al triennio 2006-2008, approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006;
- il PSN 2006-2008, nell'individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto. Rep. 2271), ai sensi dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (di seguito SSN);
- nelle more dell'approvazione del nuovo PSN, una particolare attenzione deve essere rivolta ai temi che, a seguito dei mutamenti intervenuti nella struttura demografica, economica e sociale del Paese, richiedono un riallineamento dei meccanismi organizzativi e gestionali soprattutto su problematiche non più marginali;
- tra queste tematiche, quelle più dolorosamente avvertite attengono alla fragilità degli anziani e dei malati cronici, alla tutela della salute fisica e psicologica delle donne, dei bambini e degli adolescenti

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. Fermo restando il completamento dei progetti già finanziati con le risorse relative all'anno 2012, per l'anno 2013 è necessario un nuovo approccio lungo le linee progettuali di cui all'allegato A) al presente accordo;
2. per l'anno 2013 le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, ed i relativi vincoli economici siano quelle di cui all'allegato A (tab. 1) e B (tab. 1 e 2), parte integrante del presente Accordo;
3. a seguito della stipula del presente accordo e dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2013, in applicazione dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto il 70 per cento delle risorse;
4. al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento, le Regioni dovranno presentare con Delibera di Giunta regionale o atto equivalente, entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, al Ministero della Salute specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

1. Nella Delibera dovrà essere contenuta anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali; ciascun progetto, inoltre, dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
 - a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - c) i costi connessi, fermo restando che il raggiungimento degli obiettivi non potrà comportare ulteriori oneri connessi all'acquisizione di risorse umane aggiuntive;
 - d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
2. 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'art. 9 della citata Intesa del 23 marzo 2005 e, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità, verrà redatto un rapporto sugli interventi proposti e, successivamente, una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni;
3. 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
Roberto G. Marino

IL PRESIDENTE
Graziano Delrio

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

Anno 2013

1) Linea progettuale:

Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale – Farmacia dei servizi

Premessa

Molti importanti sforzi sono stati compiuti ed altrettanti risultati sono scaturiti dall'azione congiunta di Stato e Regioni nel rendere più incisiva l'assistenza primaria malgrado i noti fattori esogeni che li condizionano (la stabilità del quadro politico, nazionale e locale, la ristrettezza delle risorse finanziarie, l'incertezza sui tempi di erogazione delle stesse) e gli elementi endogeni di criticità che ne ostacolano o, comunque, rallentano il dispiegamento.

E' necessario, però, un profondo ripensamento sulla dimensione organizzativa e gestionale dell'assistenza primaria, fattore cruciale dell'ottimizzazione sociale ed economica del sistema sanità ed una significativa accelerazione nel raggiungimento degli obiettivi.

Tale riflessione deve consentire un ulteriore approfondimento dei meccanismi e delle procedure atte a rimuovere gli ostacoli e a rendere efficaci i conseguenti strumenti organizzativi, procedurali e tecnici. Potrebbe scaturirne, tra l'altro, una più corretta quantificazione delle indispensabili risorse culturali, professionali, tecniche ed economiche a valle di una continua, minuziosa verifica dei bisogni del territorio ed una più raffinata evidenziazione della efficacia e dell'efficienza delle azioni intraprese in coerenza con i dati di feed-back.

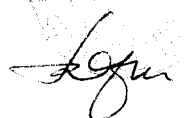
Pertanto, nell'ottica di spostare il baricentro del SSN dall'ospedale al territorio e dalla malattia alla persona, diviene sempre più urgente ed ineludibile un ulteriore balzo in avanti rispetto a quanto finora realizzato in coerenza con le indicazioni contenute nell'allegato A- parte I- dell'accordo del 22 novembre 2012 che si ripropongono integralmente anche per il 2013.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, vanno tenute presenti le prescrizioni di cui all'art. 1 del D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito in legge 8 novembre 2012 n. 189 che suggeriscono le seguenti azioni:

- Accelerare il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nell'ottica di una più stretta complementarità con le strutture ospedaliere, con i distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali per garantire la presa in carico globale del cittadino all'interno di percorsi diagnostico-assistenziali predefiniti e su indicatori di processo che consentano la valutazione dei loro esiti. L'obiettivo è di aumentare la capacità del territorio di intercettare con risposte tempestive ed adeguate i bisogni assistenziali dei cittadini.

A tale scopo si ritiene utile l'attuazione degli indirizzi contenuti nell'Accordo del 7 febbraio 2013 che, nell'ambito dell'emergenza urgenza e del settore delle cure primarie fornisce indicazioni utili finalizzate ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare la domanda a bassa intensità mediante l'integrazione del sistema di emergenza territoriale con il servizio di continuità assistenziale. In un'ottica di razionalizzazione delle risorse



tecnologiche assume valenza strategica anche un sistema informatico che metta in contatto MMG e PLS con tutte le strutture territoriali ed ospedaliere per consentire l'accesso ai servizi 365 giorni l'anno 24 ore al giorno rimodulando, ove necessario, funzioni e compiti di ciascuna struttura;

- Alleggerire gli ospedali dei compiti meno complessi, portando, ad esempio, il duplice obiettivo di ridurre le liste di attesa e decongestionare i PS da accessi impropri. all'interno delle suddette strutture territoriali la diagnostica di primo livello, conseguendo Per quest'ultimo aspetto appare prioritario realizzare, all'interno del Pronto soccorso percorsi separati clinico-organizzativi dei pazienti classificati con codici di minore gravità;

- Nella stessa ottica e con il medesimo fine, riconsiderare i rapporti con le farmacie che, per la loro capillarità, potrebbero erogare sul territorio servizi sanitari di prima assistenza e orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari anche per limitare l'accesso alle strutture ospedaliere;

- Garantire le più ampie sinergie possibili tra le varie articolazioni organizzative per la gestione unitaria delle funzioni comuni;

- Accelerare l'espansione di modelli già realizzati con successo in tutto il territorio regionale con i necessari aggiustamenti rileggendo e riaggiornando i bisogni del territorio e riallineando quantità e qualità delle risorse.

Farmacia dei servizi

Il processo di riorganizzazione ospedale – territorio con lo sviluppo delle cure primarie deve essere in grado di rispondere alle mutate ed accresciute esigenze degli assistiti e garantire appropriatezza, equità e tempestività delle cure. A ciò potranno contribuire anche le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, che in base alla normativa vigente, diverranno Centri socio polifunzionali di ulteriori servizi fra cui la partecipazione all'Assistenza domiciliare integrata, anche attraverso la disponibilità di operatori socio-sanitari, infermieri e fisioterapisti, e la dispensazione e consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici soprattutto in zone disagiate. La farmacia dei servizi potrà collaborare alle iniziative che mirano a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e migliorare l'aderenza dei pazienti alle terapie tramite l'attività di counseling e di riconciliazione/controllo delle sempre più frequenti pluriprescrizioni nonché partecipando alle campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale. Inoltre, la farmacia dei servizi, all'interno delle reti assistenziali integrate basate sulla costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali per il paziente cronico, potrà partecipare al monitoraggio dello stato di salute della popolazione, nonché dell'efficacia e dell'efficienza del sistema sanitario.

L'innovazione tecnologica si configura come strumento di supporto per il miglioramento della qualità delle cure primarie e l'ottimizzazione delle risorse. La sanità elettronica, infatti, attraverso la possibilità di fornire per via telematica supporti e verifiche con l'intervento medico a distanza, l'utilizzo dei defibrillatori e l'attivazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) rappresenta un concreto contributo della farmacia alle esigenze socio sanitarie della popolazione. Per far ciò è opportuno che tutti i soggetti coinvolti, medico specialista, medico di medicina generale, infermiere, farmacista, altri eventuali operatori sanitari, possano comunicare ed interagire tra loro con sistemi che garantiscano la continuità delle cure, portando al domicilio del paziente determinati servizi, in modo particolare nella cura delle cronicità e, attraverso i servizi di tele monitoraggio, supportando l'auto-gestione e il monitoraggio della patologia.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 250 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)

2) Linea progettuale: Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

Premessa

Nel corso degli ultimi anni si è consolidata, anche in Italia, la consapevolezza che, per affrontare la cronicità e quindi contrastare la storia naturale della malattia, è necessario lo sviluppo di nuove modalità assistenziali basate sull'integrazione dei professionisti e dei servizi nella definizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e centrati sui bisogni della persona. Per la loro concreta individuazione si può fare riferimento a diversi modelli teorici: Disease Management, Chronic care model (CCM), Clinical Governance, modalità organizzative del lavoro in rete che cercano di superare l'impropria contrapposizione tra due componenti di uno stesso sistema unitario (Ospedale - Territorio) individuando degli strumenti utili per favorire al massimo le loro potenzialità. L'obiettivo è, dunque, quello di organizzare una rete che, tenendo conto delle realtà locali, integri i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti e gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza (infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, ...) nella condivisione di scelte terapeutiche basate sulla EBM (obiettivi di salute, prestazioni, terapia, ecc.) e nella promozione dell'empowerment del paziente per ottenere una maggiore adesione ai piani di cura.

In questo modello a rete diventa importante il contributo del volontariato, che deve operare in partnership con i vari attori fornendo contributi significativi nei percorsi di corretta informazione, supporto e accompagnamento ai pazienti.

Da ciò, l'esigenza di sviluppare formule organizzative dell'assistenza basate sul concreto affermarsi di una gestione integrata che, in un sistema con risorse limitate, deve necessariamente prevedere l'individuazione dei nodi critici del percorso assistenziale e l'attuazione di interventi orientati a superare tali criticità.

Il **Disease Management (DM)** permette di contestualizzare gli interventi, di individuare i target di pazienti e gli snodi critici della storia naturale di malattia.

Tiene conto dei limiti e/o delle potenzialità del sistema a livello locale e indirizza il percorso assistenziale, attraverso l'interazione fra i vari attori coinvolti, su obiettivi comuni, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità, utilizzando una progettualità concordata che superi la frammentarietà degli interventi.

Il **Chronic Care Model (CCM)** ha una visione più ampia del DM. Infatti il CCM pone, in un unico quadro d'insieme, tutti quei fattori organizzativi e operativi del sistema sanitario (gli assetti organizzativi, il supporto ai processi decisionali, il sistema informativo) integrati con le risorse della comunità.

Esso ha come obiettivo una gestione territoriale sempre più proattiva, con lo spostamento progressivo del livello di produzione ospedaliero verso formule di gestione ambulatoriale o di day service. Il modello, inoltre enfatizza il contributo che gli aderenti alle Associazioni di malati possono fornire, se adeguatamente formati, in particolare nella costruzione della relazione di aiuto e nel rafforzamento del messaggio educativo, sia a livello di popolazione che del singolo paziente, a supporto del personale sanitario nel percorso di cura.

Il CCM è basato sul principio che, nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici, è importante agire sui seguenti fondamentali elementi:

1. le risorse della comunità, intesa come partecipazione del volontariato e della famiglia;
2. le organizzazioni sanitarie finalizzate alla gestione integrata con l'adozione di percorsi assistenziali;
3. il supporto all'autocura della persona attraverso l'educazione terapeutica;

4. l'organizzazione del team multidisciplinare e multiprofessionale
5. l'utilizzo di buone pratiche assistenziali basate sulla migliore evidenza scientifica disponibile;
6. l'utilizzo di sistemi informativi;
7. la centralità del paziente.

I nuovi modelli assistenziali per la gestione delle malattie croniche prevedono l'attivazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), condivisi e codificati per i vari stadi di patologia, un sistema di raccolta dei dati clinici che possa generare gli indicatori di processo e di esito indispensabili a innescare il miglioramento della qualità, e gli indicatori di risultato, intermedio e finale, necessari a valutarne l'efficacia e l'efficienza.

I Percorsi Assistenziali integrati e personalizzati, devono essere armonici con il grado evolutivo della patologia, con il grado di complessità assistenziale e con i bisogni del paziente, senza una delega schematica ad una o all'altra figura professionale, ma con una interazione dinamica dei vari attori assistenziali.

Pertanto partendo da un'ideale stadiazione dei pazienti in rapporto al grado di complessità della malattia nel singolo individuo e ai suoi specifici fabbisogni, i casi più complessi dovranno essere indirizzati verso programmi di cura che contemplino un follow up specialistico più intensivo, e quelli meno complessi verso una gestione prevalente, da parte del MMG/PLS.

I principi della gestione integrata sono stati implementati soprattutto tramite specifici progetti regionali ed aziendali di presa in carico integrata delle malattie croniche a più alta prevalenza ed a più alto impegno assistenziale, ma esistono ancora ampie aree del Paese in cui i nuovi modelli assistenziali non sono ancora sufficientemente sviluppati.

Arete prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, alle Regioni è richiesta la presentazione di progetti dettagliati nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzati a:

- garantire la continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS e specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto, finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero;
- garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali;
- creare una rete tra le strutture specialistiche valorizzando le diverse e specifiche competenze;
- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con cronicità, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;
- gestire l'ingresso di ogni persona con patologia cronica nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti con un impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia, con l'utilizzo di indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non destinato alla gestione della persona con cronicità;
- costruire banche dati, in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza;
- educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 200 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)



3) Linea progettuale:
Implementazione del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011

Premessa

In data 10 febbraio 2011 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito un accordo sul "Piano di indirizzo per la riabilitazione" predisposto da questo Ministero. Con tale decisione le Regioni hanno assunto l'impegno di ridefinire il proprio modello di offerta delle prestazioni riabilitative alla luce dei principi e criteri indicati dal Piano e in particolare:

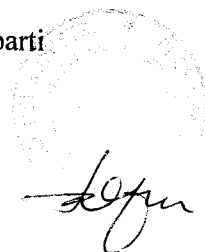
- **accessibilità** delle cure: il percorso di presa in carico sia attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità;
- **tempestività** delle cure: gli interventi siano effettuati in tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno e nel rispetto dei tempi d'intervento in funzione delle fasi biologiche del recupero e delle necessità socio-ambientali
- **continuità** delle cure: vi sia garanzia di una coerente successione ed integrazione dei diversi interventi e tipologie di setting in funzione delle fasi del processo morboso, delle condizioni cliniche della persona, delle situazioni familiari ed ambientali;
- **appropriatezza** delle cure: venga data priorità alla presa in carico onnicomprensiva della persona con disabilità e non vengano erogate mere prestazioni di rieducazione funzionale d'organo monospecialistiche;
- **presa in carico** onnicomprensiva e **verificabilità** dell'efficacia degli interventi: ogni intervento sia svolto sulla base di un programma riabilitativo, che deve essere elaborato dal professionista coinvolto e che deve raggiungere obiettivi specifici ben definiti e misurabili inseriti in un Progetto Riabilitativo Individuale;
- **efficacia**: vengano effettuati interventi di validità riconosciuta e condivisa e con finalità causali più che sintomatiche;
- **coinvolgimento** attivo dell'utente: sia facilitata la partecipazione attiva e consapevole al percorso di cura al paziente e alla sua famiglia, se necessario, da perseguire con azioni di educazione, supporto, formazione ed informazione durante tutto il periodo della presa in carico riabilitativa;
- **empowerment**: sia privilegiato un approccio educativo al paziente finalizzato a consegnare allo stesso strumenti conoscitivi ed operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche in un'ottica di desanitarizzazione;
- **valutazione** efficacia ed efficienza: sia realizzato un sistema indipendente, imparziale ed obiettivo di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza delle singole prese in carico.

L'applicazione dei suddetti principi e criteri dovrebbe favorire una maggiore omogeneità delle risposte riabilitative sull'intero territorio nazionale e una più chiara articolazione del percorso di cura nei diversi setting assistenziali, dal ricovero in acuto alla dimissione ed alla presa in carico territoriale (domiciliare o residenziale).

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, alle Regioni è richiesta la presentazione di progetti dettagliati nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica aventi per oggetto lo svolgimento di interventi destinati a dare attuazione al Piano di indirizzo nei seguenti ambiti:

- iniziative di comunicazione, formazione e condivisione dei contenuti del Piano con i responsabili dei servizi e gli operatori del settore;
- l'aggiornamento delle procedure operative e organizzative dei reparti di riabilitazione;



- l'adozione di strumenti di monitoraggio delle nuove procedure e di verifica degli esiti in termini di appropriatezza e di efficacia;
 - l'integrazione del percorso riabilitativo nei diversi setting assistenziali ospedalieri e territoriali;
 - lo sviluppo e l'utilizzo di pacchetti di prestazioni riabilitative ambulatoriali per il trattamento dei "casi complessi", all'interno del Progetto riabilitativo individuale;
 - l'incremento dell'attività di riabilitazione domiciliare;
 - la verifica della corrispondenza, sotto il profilo dell'intensità assistenziale, tra i bisogni riabilitativi delle persone inserite in strutture territoriali e la tipologia di trattamento di cui usufruiscono;
 - lo sviluppo di sistemi informativi su base individuale per la rilevazione routinaria dell'assistenza riabilitativa extraospedaliera e dei suoi esiti
- Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 20 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)

4) Linea progettuale:

Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011).

Numerosi studi, tra i quali anche quelli effettuati dalle Commissioni Tecniche ministeriali in tema di S.V e S.M.C. hanno evidenziato una preminente eterogeneità dell'assistenza alle persone in condizione di S.V. e S.M.C, nelle diverse Regioni soprattutto nella fase degli esiti, ovvero quella fase caratterizzata da non evidenti modificazioni o da modificazioni molto limitate del quadro neurologico e della coscienza. I bisogni assistenziali delle persone nelle quali persiste una condizione di bassa responsività in questa fase sono tali da prevedere l'affidamento anche all'ambiente extraospedaliero attraverso l'attivazione di percorsi domiciliari supportati da una solida integrazione ospedale-territorio.

Tuttavia la mancanza di modelli organizzativi territoriali adeguati causa spesso l'impropria permanenza oltre il necessario nei reparti ospedalieri per lungodegenza e riabilitazione (fase post-acuta), impedendo da un lato l'accoglienza di nuovi casi e dall'altro la possibilità di rispondere in modo adeguato ai complessi bisogni delle persone in condizione di S.V. e delle proprie famiglie.

Per tali motivi si ritiene necessaria l'implementazione di percorsi assistenziali uniformi sia in strutture dedicate che al proprio domicilio per questa tipologia di persone. Ciò anche nell'ottica della nuova concezione, maturata in questi ultimi anni, che la persona in condizione di Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza, nella fase di stabilità clinica, possa essere considerata persona con "Gravissima Disabilità" che, al pari di altre persone con gravissime patologie croniche, può seguire terapie di prevenzione, mantenimento e cura presso strutture non "prettamente sanitarie".

Diviene pertanto indispensabile, come afferma l'Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011 "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo (S.V.) e Stato di Minima Coscienza (S.M.C.)" prevedere, per questa tipologia di persone, soluzioni sia di assistenza domiciliare integrata, che di assistenza residenziale in strutture extra-ospedaliere.

La scelta della soluzione più adeguata, in funzione delle condizioni generali della persona in S.V. e S.M.C. e della sua famiglia, deve essere prospettata dai servizi e condivisa dalle famiglie. Tale scelta potrà cambiare nel tempo in funzione dei possibili mutamenti della situazione della persona in S.V. e S.M.C. e delle condizioni della famiglia. Occorre inoltre favorire, qualora non ci siano le indicazioni alla

domiciliarizzazione, l'inserimento dei pazienti presso strutture residenziali dedicate come ad esempio le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) oppure di Domicili protetti

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, anche al fine di uniformare sull'intero territorio nazionale l'approccio di cura alle persone in condizioni di S.V. e S.M.C., nella fase degli esiti, alle Regioni è richiesta la presentazione di progetti dettagliati nei tempi, nei costi, nei risultati attesi, nei meccanismi di verifica, anche in riferimento ai risultati raggiunti nell'ambito di iniziative già avviate, finalizzati a:

- garantire la continuità delle cure delle persone in condizione di S.V. e S.M.C. nella fase di dimissione dall'ospedale mediante la gestione integrata dei servizi territoriali ed ospedalieri con particolare riferimento all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) ;
- garantire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS e specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto, finalizzato alla presa in carico globale della persona in S.V. e S.M.C. e della sua famiglia;
- prevedere l'attivazione/implementazione di strutture assistenziali dedicate alle persone in S.V. e S.M.C., come previsto dai precedenti Accordi che facciano riferimento alle caratteristiche:
 - a) delle Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), anche con riferimento alla presenza di "posti di sollievo" e di "transito" a supporto delle famiglie maggiormente impegnate nell'assistenza domiciliare,
 - b) dei Domicili Protetti, intesi come modelli di assistenza integrata sociale e sanitaria e luogo di residenza, tutela ed assistenza di persone in condizioni di stato vegetativo, nonché luogo di servizi psicosociali a sostegno della famiglia;
- prevedere l'individuazione/utilizzo di strumenti (raccomandazioni, linee guida PDTA) volti a rendere uniformi i percorsi assistenziali delle persone in S.V. e S.M.C. sull'intero territorio regionale anche al fine di ridurre i comportamenti di cura inadeguati;
- favorire l'aggiornamento costante di tutto il personale coinvolto nel percorso di cura anche in relazione all' integrazione professionale;

- realizzare adeguate modalità di informazione/formazione con la famiglia al fine di consentire l'assunzione graduale, responsabile e consapevole delle funzioni di caregiver dopo la dimissione, anche promuovendo adeguate forme di consultazione con le associazioni dei familiari;
- prevedere iniziative ed interventi finalizzati al monitoraggio della qualità dell'assistenza erogata anche attraverso l'implementazione del sistema informativo.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 45 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)

5) Linea progettuale:

Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza.

Premessa



La presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari negli anni recenti, proprio in virtù delle peculiari caratteristiche bio-psico-sociali di tali soggetti.

Le persone non autosufficienti sono coloro che hanno subito la perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, alla quale consegue l'incapacità di svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana a meno che non siano aiutate da altri. Con il termine di "fragilità" si definisce una condizione di salute instabile e precaria, anche per la presenza di pluripatologie, che può rapidamente deteriorarsi a causa di eventi stressanti, fisici o psicologici e trasformarsi in non-autosufficienza.

Per rispondere alla complessità dei loro bisogni, il servizio sanitario si è organizzato per offrire un'assistenza incentrata sempre più su un accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, sulla valutazione delle specifiche esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona e sulla individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente, anche tenendo conto delle condizioni socio-ambientali di provenienza.

Centrale, a tale proposito, è il momento della valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona.

E' l'èquipe multidisciplinare del distretto che, avvalendosi di strumenti standardizzati e generalmente omogenei sul territorio regionale, valuta le problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, al fine di verificare ed eventualmente strutturare il piano individuale di assistenza (PAI) sociosanitario integrato.

Il PAI definisce gli obiettivi ed i risultati attesi nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona non autosufficiente e individua il livello di complessità, la durata dell'intervento, le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, nonché gli operatori che seguiranno il paziente. Il Piano individuale di assistenza tiene conto non solo della gravità delle condizioni del paziente ma anche della situazione socio-ambientale nella quale egli vive, inclusa la presenza di relazioni familiari e di caregiver di riferimento, elementi questi che concorrono alla scelta di una assistenza di tipo domiciliare o residenziale.

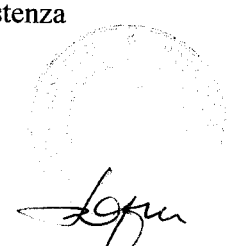
L'èquipe che segue la persona non autosufficiente provvede ad erogare le prestazioni previste dal piano individuale e periodicamente, sulla base delle indicazioni del progetto terapeutico o al verificarsi di nuove condizioni che lo richiedano, effettua una nuova valutazione con l'obiettivo di ridefinire il piano individualizzato ed eventualmente apportare delle modifiche.

L'offerta di assistenza sociosanitaria per le persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza contempla la possibilità di trattamenti effettuati presso il domicilio della persona o, laddove l'assistenza a domicilio non sia possibile per le condizioni cliniche della persona ovvero per la sua situazione familiare o ambientale, presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale. In entrambi i casi le cure devono essere coerenti con gli effettivi bisogni assistenziali dei pazienti in termini di intensità, complessità e durata.

Areë prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, alle Regioni è richiesta la presentazione di progetti dettagliati nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzati a:

- garantire la continuità assistenziale dell'anziano fragile e della persona non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali
- favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, particolarmente indicati nella definizione dei bisogni di assistenza sanitaria e bisogni assistenziali delle persone fragili e non autosufficienti;



- favorire il coinvolgimento del medico di medicina generale nel percorso di cura;
- potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi;
- garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, nonché incrementare l'offerta di posti letto laddove risulta tuttora carente e in linea con gli impegni assunti per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- verificare la corrispondenza, sotto il profilo dell'intensità assistenziale, tra i bisogni riabilitativi delle persone inserite in strutture territoriali e la tipologia di trattamento di cui usufruiscono;
- effettuare, attraverso metodologie riproducibili, rilevazioni dei costi dell'assistenza residenziale in strutture per anziani non autosufficienti, articolate per livelli di intensità, utili alla determinazione di tariffe di riferimento;
- implementare attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, cura e gestione della non autosufficienza e della fragilità nei suoi aspetti clinico-assistenziali.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 50 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)

6) Linea progettuale:

Contrasto alle disuguaglianze in sanità

Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi

Si confermano le indicazioni contenute nell'Accordo del 22 novembre 2012

Premessa

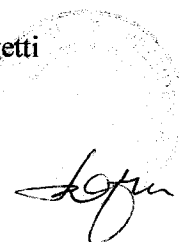
L'incremento progressivo e regolare che ha caratterizzato la speranza di vita della popolazione italiana è stato il risultato di dinamiche molto differenti tra le regioni italiane e all'interno del loro territorio, associate a molteplici e complesse caratteristiche, di natura economica, culturale, sociale ed ambientale, spesso interconnesse; tali variazioni hanno riguardato anche difficoltà di accesso, di fruizione di servizi sanitari e di variabilità negli esiti di salute. L'attuale crisi economica, con le sue conseguenze in termini di disoccupazione, precarizzazione, indebolimento della rete di protezione familiare e incremento dell'esclusione sociale, può contribuire significativamente al mantenimento e alla crescita degli svantaggi nei bisogni di salute, legati, com'è noto, alle condizioni socioeconomiche delle persone e spesso concentrati all'interno di specifiche aree geografiche.

In questo contesto, il SSN è chiamato alla valorizzazione del proprio patrimonio informativo al fine di migliorare le capacità di monitoraggio della salute e le relative fonti di variabilità territoriale e sociale, con particolare attenzione alle aree con maggiore distanza da strutture sanitarie ospedaliere, al fine di individuare le più opportune risposte in grado di potenziare le proprie funzioni di tutela della salute.

Aree prioritarie di intervento

Questa linea progettuale ha l'obiettivo di misurare e monitorare le disuguaglianze geografiche e sociali in sanità. In particolare, l'obiettivo è la realizzazione di sistemi di misura e monitoraggio della variabilità geografica e sociale, a livello sub-regionale, dei principali indicatori di mortalità e morbosità della popolazione. L'effettiva conoscenza delle variazioni negli indicatori epidemiologici consentirà alle Regioni di programmare i propri servizi sanitari in ragione di *proxy* dei bisogni di salute nel proprio territorio, ricavando anche preziose indicazioni per le politiche sanitarie nazionali.

In quest'ottica, si richiede alle Regioni l'elaborazione e la presentazione di progetti



per la messa a sistema di strumenti di monitoraggio epidemiologico del proprio territorio, tramite la valorizzazione dei sistemi informativi sanitari e di sistemi di sorveglianza epidemiologica, anche attraverso la raccolta di informazioni supplementari ad hoc.

I suddetti progetti dovranno riguardare:

1. Gli strumenti di monitoraggio della mortalità e della morbosità causata-specifica della popolazione regionale in grado di evidenziarne il profilo epidemiologico.
2. Il monitoraggio della variabilità, a livello sub-regionale, dei fenomeni di cui al punto 1.
3. Il monitoraggio della variabilità negli indicatori di salute, in relazione all'effetto delle caratteristiche socioeconomiche delle persone residenti.
4. L'analisi del profilo epidemiologico della popolazione e delle sue variazioni in relazione ad indicatori di distanza dalle strutture ospedaliere.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 45 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)

7) Linea progettuale:

Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.

Si confermano le indicazioni contenute nell'Accordo del 22 novembre 2012.

Premessa

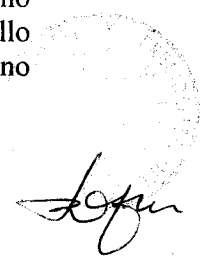
L'intesa sottoscritta il 25 luglio 2012 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancisce che la Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. La funzione di coordinamento viene affidata a una Struttura specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell'Articolo 5, Comma 2, Legge 38/2010. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16/12/2010.

In particolare le cure palliative domiciliari nell'ambito della rete locale di assistenza, sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, oltre che da prestazioni sociali e tutelari, nonché di sostegno spirituale, a favore di persone affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Tale livello viene erogato dalle Unità di Cure Palliative (UCP) domiciliari che garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Gli interventi di base garantiscono un approccio palliativo attraverso l'ottimale controllo dei sintomi e una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia. Queste cure sono erogate da medici e infermieri con buona conoscenza di base delle cure palliative. Le cure richiedono interventi programmati in funzione del progetto di assistenza individuale.

Gli interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno



garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

Le cure sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, farmacologico e diagnostico a favore di persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sui 7 giorni nonché pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Le Cure Palliative Domiciliari richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente da parte di una équipe professionale e la definizione di un "Piano di cure personalizzato". Le Cure Domiciliari palliative sono integrate da interventi sociali in relazioni agli esiti della valutazione multidimensionale.

Ai fini della definizione di percorsi assistenziali è necessario distinguere le Cure Palliative Domiciliari di base dalle Cure Palliative Domiciliari specialistiche e, nell'ambito di queste ultime, i percorsi assistenziali rivolti ai malati oncologici ed ai malati non oncologici.

Le strutture residenziali per anziani o disabili garantiscono le Cure Palliative ai propri ospiti anche avvalendosi della Unità di Cure Palliative Domiciliari territorialmente competente, con le modalità indicate alla voce "Assistenza Domiciliare."

Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare palliativa nell'ambito pediatrico il pediatra di famiglia/MMG è il responsabile clinico del caso, durante la gestione domiciliare dei minori in carico per le Cure Palliative Pediatriche.

In base al programma assistenziale integrato (PAI), vengono attivate le risorse già presenti nella rete, necessarie per la presa in carico, ivi compresi le unità/servizi di base e specialistici (Unità di Cure Palliative Domiciliari ed altre reti domiciliari pediatriche e non, esistenti sul territorio, purché idonee ad effettuare interventi domiciliari).

Aree prioritarie di intervento

Al fine di realizzare omogeneamente su tutto il territorio nazionale quanto previsto dall'Intesa del 25 luglio 2012 relativamente all'assistenza domiciliare palliativa si ritengono di particolare rilievo i seguenti aspetti:

- Ampliamento dell'offerta di cure palliative domiciliari anche a pazienti non oncologici;
- assicurare la diversificazione tra assistenza palliativa domiciliare di base e specialistica;
- assicurare al paziente, soprattutto in età pediatrica, una adeguata assistenza domiciliare;
- sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico alla rete continuità assistenziale tra hospice e domicilio.

Alla luce di quanto sopra, le Regioni sono invitate a presentare, coerentemente con il livello di organizzazione raggiunto da ciascuna in merito, progetti diretti allo sviluppo dei seguenti aspetti, nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliativa rivolta al paziente adulto e al paziente pediatrico:

1. analisi comparativa dell'offerta regionale di assistenza palliativa domiciliare rispetto ai contenuti dell'Intesa del 25 luglio 2012;
2. definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa;
3. accreditamento regionale degli erogatori;
4. definizione di procedure di valutazione e controllo atte a garantire il corretto accesso alle cure palliative domiciliari per pazienti non oncologici;



5. definizione di un piano di formazione e di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliative di base e specialistica;

6. definizione di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 100 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)

8) Linea progettuale:

Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

Premessa

L'umanizzazione è il grande sogno professionale ed esistenziale, mai completamente compiuto, di dare proporzioni di umanità alla pratica clinica e all'organizzazione sanitaria. È l'ispirazione quotidiana nel lavoro in sanità, che chiede di essere continuamente nutrita e rimotivata dal bisogno di riconoscimento dell'ambito specificamente umano della pratica professionale. Il processo di umanizzazione è un processo che coinvolge tutti, pazienti e operatori, nella tensione a riconoscere ad ognuno il diritto alla propria dignità intrinseca e alla promozione dei valori della persona. Infatti, il rispetto per la dignità, la qualità della vita e il benessere di ogni individuo deve rappresentare l'elemento fondamentale delle decisioni operate in tema di definizione delle strategie organizzative e dei percorsi assistenziali, ad ogni livello del "sistema salute". Ciò nella consapevolezza, che deve diventare patrimonio di conoscenza di tutti gli operatori e di tutti coloro che assistono i propri familiari, che i principi di dignità e rispetto della persona non vengono in alcun modo modificati dalla perdita, anche temporanea, dell'integrità psicofisica della persona assistita. Lo sviluppo dei processi di umanizzazione deve rappresentare la missione comune, in particolar modo, per tutti coloro che ai diversi livelli programmano, pianificano, organizzano e gestiscono l'assistenza a pazienti in determinate condizioni di fragilità, quali i pazienti oncologici e i pazienti pediatrici, anche assistiti domiciliariamente, anche per dare attuazione all'Intesa Stato-Regioni del 2012, sulla revisione dell'accreditamento.

Obiettivi e strategie

- Ricognizione delle esperienze regionali già attive in tema di umanizzazione delle cure, al fine di porre in luce le esperienze più virtuose ed individuare le aree prioritarie di intervento nelle regioni meno rappresentative.
- Attuare la sistematica valutazione della qualità percepita mediante l'adozione di appropriate metodologie, quali in particolare l'uso di questionari semistrutturati, utili a valutare eventuali scostamenti della percezione della qualità erogata rispetto alla qualità "progettata" e consentire l'avvio delle coerenti azioni di miglioramento nello specifico contesto dell'umanizzazione delle cure.
- Ridurre la variabilità tra regioni e tra strutture delle singole regioni attraverso l'elaborazione e l'adozione di criteri condivisi a livello nazionale, al fine di garantire l'incremento del livello di consapevolezza degli operatori e l'omogenea diffusione delle buone pratiche.
- Promuovere i cambiamenti organizzativi orientati alla minimizzazione delle barriere logistiche, funzionali e relazionali, attraverso lo sviluppo di specifiche attività progettuali basate sull'umanizzazione delle modalità di assistenza e



sull'incremento dei livelli di attenzione agli aspetti relazionali, con particolare riferimento alle condizioni di ricovero in area critica. In tali ambiti, infatti, la superspecializzazione delle professionalità e l'esigenza di ricorso alle tecnologie salvavita spostano, paradossalmente, in secondo piano gli aspetti relazionali dell'assistenza.

- Promozione di iniziative formative rivolte sia ai professionisti delle strutture sanitarie sia ai *care giver*, per fornire i necessari elementi di conoscenza allo scopo di implementare il livello di comunicazione con gli assistiti e con le relative famiglie, anche con particolare riferimento alla gestione delle aspettative di salute e alla comunicazione di prognosi infausta.

Aree prioritarie di intervento

Predisporre un programma regionale annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di almeno una attività progettuale in tema di formazione del personale e una attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente nelle segue aree assistenziali:

- Area critica
- Pediatria
- Comunicazione
- Oncologia
- Assistenza domiciliare

- Individuazione di criteri regionali omogenei e condivisi per l'efficace conduzione delle azioni di monitoraggio della qualità percepita.

- Individuazione a livello regionale di un set minimo di obiettivi informativi e formativi cui improntare le iniziative divulgative e formative rivolte agli operatori e ai *care giver*.

- Implementare i requisiti di umanizzazione previsti nella sezione 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 2012, sulla revisione dell'accreditamento.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 40 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)

9) Linea progettuale:

Interventi per l'implementazione della Rete per le Malattie rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari.

Promozione della rete nazionale dei tumori rari - Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi

Si confermano le indicazioni contenute nell'Accordo del 22 novembre 2012

Premessa

La rete nazionale delle malattie rare (MR), istituita dal dm n. 279/2001 e formata dai Presidi regionali, è un punto di forza del Servizio sanitario nazionale e necessita di sostegno ed implementazione attraverso strategie condivise e di cooperazione.

Per garantire contemporaneamente l'espletamento di funzioni altamente specialistiche e di funzioni assistenziali generali diffuse nel territorio, occorre una gestione coordinata ad un livello regionale ed interregionale.



Il dm n. 279/2001 (art. 2, comma 2) indica nei Presidi, preferibilmente ospedalieri, individuati dalle Regioni, i nodi principali della Rete nazionale. Lo stesso decreto stabilisce i fondamentali criteri generali per la loro individuazione: possesso di documentata esperienza nella diagnosi e nella cura di specifiche MR o di gruppi di MR e idonea dotazione di strutture di supporto e di servizi complementari (tra cui quelli per la gestione delle emergenze e per la diagnosi biochimica, genetica e molecolare) garantita anche mediante il collegamento funzionale tra le strutture e/o i servizi.

Ad oggi, le regioni hanno individuato i Presidi nel loro territorio e la maggior parte di esse ha anche stabilito lo svolgimento di specifiche funzioni di coordinamento da parte di centri di coordinamento regionali. Le Regioni stanno inoltre compiendo revisioni delle reti di assistenza delle malattie rare nel proprio territorio confermando, o revocando, le strutture individuate come Presidi della rete.

Tuttavia, non sono ancora condivisi in ambito nazionale i criteri specifici e gli indicatori che le Regioni hanno utilizzato per operare tale individuazione e non sono ancora strutturate le modalità di collaborazione e di scambio tra le strutture della rete, specie di Regioni diverse.

Poiché si ritiene necessario il completamento del processo avviato, diventa impellente l'adozione di criteri omogenei nel territorio nazionale e di modalità condivise per il funzionamento in rete dei Presidi individuati.

Inoltre, alla luce di quanto atteso in ambito comunitario, è necessario che i criteri tengano conto di quanto indicato dall'EUCERD con le "*Recommendations on Quality Criteria for Centres of Expertise for Rare Diseases in Member States*" (24 ottobre 2011) e le "*Recommendations on Rare diseases european reference networks (RD ERNS)*" (31 gennaio 2013) in vista della possibilità che alcune tra le strutture individuate possano essere candidate a partecipare come Centri di "*expertise*" alle reti europee di riferimento.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, alle Regioni è richiesta la presentazione di progetti dettagliati nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzati a:

- perseguire l'identificazione dei Presidi della rete, secondo capacità e competenze per MR singole e/o gruppi omogenei di malattie, nel territorio di riferimento, mediante l'applicazione dei criteri contenuti nelle Raccomandazioni EUCERD 24 ottobre 2011;
- adottare iniziative di cooperazione tra Regioni, attraverso specifici accordi interregionali, che prevedano la collaborazione tra strutture esperte nella diagnosi, nella presa in carico multidisciplinare e nella formulazione del piano di trattamento di malattie specifiche o gruppi, per la migliore gestione possibile del paziente con malattia rara;
- attivare procedure di coordinamento dei Presidi della Rete responsabili della diagnosi e della cura delle specifiche malattie o gruppi, anche attraverso i Centri di coordinamento regionali e interregionali, nonché procedure per agevolare il collegamento dei Presidi con le altre strutture ed i servizi coinvolti nella presa in carico del paziente, per garantire la continuità assistenziale;
- elaborare proposte di criteri, metodologie operative e parametri per l'individuazione di Presidi della rete, per singole malattie e/o gruppi, in accordo con le Raccomandazioni EUCERD, da proporre al Ministero della salute anche ai fini della individuazione dei Centri di expertise in ambito comunitario;
- sperimentare nuovi strumenti amministrativi per garantire e remunerare le prestazioni di consulenza da parte delle strutture esperte (Presidi) ai servizi ospedalieri o territoriali, interni o esterni al territorio regionale, che assistono il paziente nel luogo prossimo al domicilio;
- realizzare attività di formazione specifica per le singole malattie o gruppi di malattie rare rivolta ai professionisti dei servizi territoriali (medici di base, pediatri di libera scelta, specialisti del SSN).



Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 55 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 1)

10) Linea progettuale:

**Tutela della maternità –percorso nascita- partoanalgesia
Prosecuzione ed integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi**

Si confermano le indicazioni contenute nell'Accordo del 22 novembre 2012
Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 30 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

11) Linea progettuale:

Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali

Premessa

Prevedere percorsi integrati di assistenza a giovani donne affette da malattie oncologiche, ma anche da alcune malattie autoimmuni e malattie croniche invalidanti, al fine di proteggere la loro fertilità e preservare la loro capacità riproduttiva, che potrebbe essere compromessa dalle terapie a cui sono sottoposte.

Aree prioritarie di intervento

1) Creazione di una rete multidisciplinare di specialisti per diffondere la conoscenza di questi temi ed agevolare percorsi appropriati alle pazienti, anche attraverso interventi di formazione specifica di ginecologi e oncologi;

2) definire percorsi appropriati di preservazione della fertilità che includano la raccolta e crioconservazione di cellule germinali e tessuto ovarico;

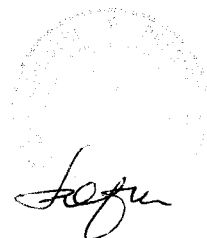
3) individuare opportuni centri di riferimento per macroaree territoriali interregionali per la raccolta e crioconservazione di cellule germinali e tessuto ovarico, che costituiscano la rete nazionale di riferimento per dette pazienti

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 40 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

12) Linea progettuale:

Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)

Premessa



Le malattie croniche della sfera uro-genitale femminile (endometriosi infiltrante, vulvodinia e cistite interstiziale) sono altamente invalidanti sia fisicamente che psicologicamente in quanto provocano dolore pelvico cronico, spesso associato ad infertilità. In particolare l'endometriosi, patologia benigna, ad eziopatogenesi incerta, tipica dell'età fertile ad insorgenza spesso precoce anche in età adolescenziale, colpisce circa il 10% delle donne in Europa ed è causa di circa il 30-40% dei casi di infertilità femminile. In Italia ne soffrono circa tre milioni di donne. Tutti i sintomi che queste patologie manifestano possono cronicizzare pertanto vengono definite patologie croniche con effetti negativi sulla qualità della vita, anche sociale, della donna malata, con grave ripercussione sia nel lavoro sia a livello personale e familiare.

Tali patologie spesso sono sottovalutate e la diagnosi certa arriva tardivamente, nel caso dell'endometriosi di solito dopo circa 9 anni, a seguito di una ricerca diagnostica lunga e dispendiosa.

E' necessario prevedere un percorso diagnostico-assistenziale, specificatamente dedicato alla presa in carico globale delle donne affette da tali malattie, imprescindibile da un'accurata anamnesi, in cui devono essere valutate le caratteristiche della sintomatologia dolorosa, prima di procedere all'indagine laparoscopica e al prelievo istologico dirimenti la diagnosi.

La complessità e varietà dei quadri clinici che caratterizzano tali malattie (es. 4 diversi stadi dell'endometriosi) è affrontabile in maniera efficace ed efficiente se improntata ai seguenti principi generali:

- la centralità e l'unitarietà della persona rappresentano elementi imprescindibili per l'organizzazione dell'intervento assistenziale
- il percorso assistenziale della paziente deve caratterizzarsi per la complessità e la diversificazione della intensità degli interventi in relazione al tipo di patologia, alla evoluzione della malattia, all'evenienza di complicanze e al contesto familiare e socio-ambientale . Per queste ragioni è indispensabile individuare con chiarezza le diverse criticità delle suddette patologie e gli interventi da mettere in campo in relazione ad esse
- la continuità assistenziale si basa sulla consapevolezza che sono fondamentali l'integrazione degli interventi per uno stesso paziente e il coordinamento fra soggetti, strutture e servizi, secondo la modalità di rete e di presa in carico globale .

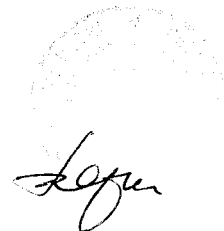
Partendo da quest'ultimo punto, in un'ottica multidisciplinare, che coinvolga più figure specialistiche, è necessario costituire una Rete sanitaria ben coordinata che vede da un lato i Centri di eccellenza, dall'altro i Servizi sanitari territoriali. Spetta ai Medici di Medicina Generale (MMG) o ai Servizi territoriali, cui la donna si rivolge, individuare tempestivamente la patologia, indirizzando così la paziente allo specialista ginecologo per una conferma diagnostica e per la sua successiva gestione, avvalendosi anche dei Centri di Alta Specializzazione. Tali Centri, a cui dovrebbero afferire le pazienti per prestazioni altamente specializzate previste nel percorso terapeutico, devono essere limitati a livello numerico e concentrati in poche aree geografiche, regolati da parametri di qualità standardizzati. Debbono essere anche centri di ricerca scientifica e istituti clinici in cui si applichino sul piano diagnostico-terapeutico le ultime scoperte della scienza medica.

La Rete di assistenza sul territorio deve prevedere strutture, dotate di personale sanitario competente, che siano punto di raccordo con i Centri di Alta Specializzazione. Tale Rete diagnostico-terapeutica deve accompagnare la donna in tutto il suo percorso in modo costante e continuato.

A sostegno del percorso diagnostico-assistenziale è fondamentale prevedere la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali a vario titolo coinvolte.

Infine, per un'osservazione costante di dette patologie, è auspicabile l'istituzione di sistemi di monitoraggio quali registri e osservatori regionali e nazionali di patologia, già realizzati in alcune Regioni.

Arete prioritarie di intervento



Quanto sopra premesso, le Regioni, ricercando tra loro le possibili e utili sinergie, sono invitate a presentare progetti finalizzati a :

- individuare ed eventualmente potenziare Centri di Alta Specializzazione dedicati alla diagnosi e alla presa in carico delle pazienti
- formare ed addestrare le professionalità a vario titolo coinvolte (MMG, personale specialistico medico, psicologico e delle professioni sanitarie).
- realizzare Campagne di comunicazione e informazione alle donne in età fertile
- istituire registri di patologia e osservatori a livello regionale

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 15 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

13) Linea progettuale:

Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV

Premessa

In Italia, ogni anno, vengono diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice uterina e circa 1.000 donne muoiono a causa di questa patologia.

Il carcinoma della cervice uterina è il primo tumore riconosciuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come totalmente riconducibile ad una infezione. È, infatti, causato dal virus del papilloma umano (HPV), di cui sono stati identificati oltre 120 genotipi che infettano l'uomo, un terzo dei quali, circa, è associato, in entrambi i sessi, a patologie del tratto ano-genitale, sia benigne che maligne. In particolare, si stima che il 70% circa di tutti i carcinomi cervicali siano causati dall'infezione con HPV di tipo 16 o 18. Il rischio di malattia, aumenta all'aumentare dell'età, con un picco nelle donne tra 75 e 84 anni.

L'infezione da HPV è la più comune tra le malattie sessualmente trasmesse; si stima infatti che oltre il 75% delle donne sessualmente attive si infetti nel corso della vita con un virus HPV ed oltre il 50% con un virus HPV ad alto rischio oncogeno. Tuttavia, la maggior parte (70-90%) delle infezioni è transitoria e guarisce spontaneamente senza lasciare esiti. Poiché l'intervallo tra la comparsa di lesioni pre-cancerose diagnosticabili e la comparsa di un tumore invasivo è molto lungo, in media più di 10 anni, la prevenzione del carcinoma della cervice uterina è basata su programmi di screening, che consentono di identificare e trattare le lesioni precancerose prima che evolvano in carcinoma.

Tuttavia, dal 2008 è possibile attuare la prevenzione primaria delle infezioni con la vaccinazione, per la quale sono disponibili due vaccini anti-HPV, che prevengono entrambi le infezioni da HPV tipo 16 e 18, responsabili del 70% dei carcinomi cervicali; uno dei due vaccini, inoltre, previene anche le infezioni da HPV tipo 6 e 11 che sono responsabili di circa il 90% dei condilomi genitali. La vaccinazione anti-HPV è offerta, attivamente e gratuitamente, alle ragazze dodicenni (che hanno compiuto 11 anni di età), secondo il calendario del Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV), nel quale sono previste, per 3 dosi di vaccino HPV, coperture vaccinali $\geq 70\%$, nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2001, e $\geq 80\%$, nelle dodicenni a partire dalla coorte del 2002. Al primo semestre 2013, la copertura vaccinale per tre dosi di vaccino si è stabile intorno al 69% e si continua ad osservare una disomogeneità tra le Regioni, non in linea con il PNPV, teso a garantire, in modo uniforme a tutta la popolazione, un uguale diritto di accesso agli interventi di prevenzione vaccinale.



Aree prioritarie di intervento

Le aree prioritarie di intervento possono essere sintetizzate come di seguito:

- Valutazione delle coperture vaccinali (per ciclo completo) e dei determinanti dell'accesso ai servizi vaccinali e all'adesione alla specifica vaccinazione.
- Sviluppo e verifica di fattibilità di programmi dell'implementazione della vaccinazione anti-HPV.
- Promozione dell'ottimizzazione della offerta dei servizi vaccinali.
- Sviluppo di strategie di offerta attiva della vaccinazione alle donne che si rivolgono ai servizi sanitari per altre problematiche.
- Definizione ed attivazione di percorsi per raggiungere le donne appartenenti a gruppi di popolazione difficili da raggiungere.

Sperimentazione di interventi per l'offerta vaccinale anti-HPV in strutture sanitarie che non siano i servizi vaccinali, con la garanzia della registrazione della vaccinazione e degli eventuali eventi avversi.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 15 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

14) Linea progettuale:

Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile

Premessa

I principali tumori dell'apparato genitale maschile sono quelli della prostata e dei testicoli

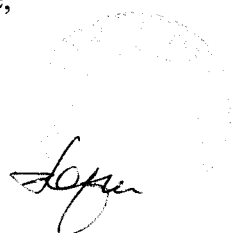
Tumore della prostata

Nel periodo 1998-2002 il tumore della prostata è stato il tumore più frequentemente diagnosticato nel sesso maschile dopo i tumori non melanomatosi della cute, e ha rappresentato il 14,4% del totale delle diagnosi tumorali; in termini di mortalità è stato la seconda causa con l'8,1% del totale dei decessi neoplastici.

Le più recenti evidenze scientifiche evidenziano (Fonte Ministero della salute-Atto di indirizzo trasmesso agli Assessorati regionali il 14/1/13) che:

- lo screening di popolazione con PSA non è raccomandato, per il rapporto che, allo stato delle conoscenze, esiste fra benefici ed effetti negativi. Questi ultimi sono eccezionalmente rilevanti sul piano della sovradiagnosi e del sovratrattamento;
- dovrebbero essere istituite misure per regolamentare l'uso spontaneo del test PSA, che si rileva essere molto diffuso;
- deve essere utilizzato, a scopo preventivo, il test del PSA sopra i 70 anni;
- le persone che spontaneamente richiedono un esame del PSA devono essere informate correttamente sui possibili benefici ma anche sui possibili danni ;
- non devono essere operate campagne di massa per lo screening prostatico;
- è raccomandato togliere il PSA da ogni routine diagnostica (esami di idoneità lavorativa, esami per i donatori del sangue, etc).

Al riguardo della prevenzione di tale tumore, il Piano nazionale della prevenzione 2010-13 ha ribadito: la non giustificabilità di programmi di screening di popolazione;



l'emersione del problema dell'appropriatezza; la necessità di garantire idonei percorsi di qualità per la gestione dei casi comunque evidenziati.

Tumore del testicolo

Il tumore del testicolo rappresenta il tumore più frequente nel sesso maschile nella fascia d'età 0-44 anni dopo i tumori cutanei non melanomatosi. Nel periodo 1998-2002, il tumore del testicolo ha rappresentato lo 0,7% del totale delle diagnosi tumorali, mentre in termini di mortalità ha rappresentato lo 0,1% del totale dei decessi neoplastici. Per i tumori (germinali) del testicolo non esistono programmi di prevenzione organizzati (Fonte AIRC). Tale tumore non è stato oggetto di pianificazione nell'ambito del Piano nazionale della prevenzione 2010-13.

Aree prioritarie di intervento

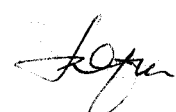
La costituzione di una rete nazionale deve rispondere ad alcuni obiettivi generali e specifici (v. GUIDA PER LA COSTITUZIONE DI RETI ONCOLOGICHE REGIONALI In attuazione del disposto dell'Intesa Stato Regioni e PPAA del 10 febbraio 2011):

- **Efficacia:** La rete deve consentire di migliorare le performance in oncologia mediante la promozione di una relazione strutturata di varie istituzioni complementari, che condividono la casistica regionale. Inoltre, rende fruibili, in maniera condivisa e governata, l'alta specializzazione, l'innovazione tecnologica e la ricerca indipendentemente dall'area geografica in cui si determina il bisogno.
- **Efficienza:** La rete favorisce sinergie di percorso, condivisione di un'ampia casistica, continuità di cura, fruibilità dell'alta specializzazione, economia di scala e volumi critici di casistica per la complessità. L'adesione pluristituzionale alla rete consente un più ampio governo dell'appropriatezza e una efficace razionalizzazione degli investimenti. Inoltre, grazie a casistiche di più vasta portata, può facilitare l'adesione a sperimentazioni sia accademiche che sponsorizzate.
- **Dare risposta ai bisogni del paziente** attraverso il modello organizzativo che rende possibile favorire una maggiore capacità di intercettare i bisogni e la domanda nel territorio di riferimento;
- **Potenziare e strutturare le collaborazioni inter-istituzionali** mediante l'integrazione dei diversi attori istituzionali (SSR, Università, IRCS, volontariato, privato);
- **Ottimizzare gli investimenti in alta specializzazione;**
- **Aumentare la capacità del sistema di modularsi in base alla variabilità della domanda;**
- **Aumentare la capacità di fornire informazioni al paziente e ai suoi familiari;**
- **Perseguire la sostenibilità istituzionale delle reti (flessibilità);**
- **Perseguire la sostenibilità economica delle reti.**

In considerazione dei dati epidemiologici, delle evidenze scientifiche e della pianificazione nazionale degli interventi di prevenzione, l'implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile oltre che perseguire gli obiettivi sopraelencati, deve essere coerente con le seguenti linee progettuali:

- **Garantire la qualità degli interventi preventivi**
- **Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a PSA e per i destinatari di interventi di diagnosi precoce dei tumori del testicolo**
- **Definire criteri di accreditamento istituzionale per i centri di approfondimento e terapia.**

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 15 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)



15) Linea progettuale:

Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali.

Premessa

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il 15%-20% dei bambini e degli adolescenti (circa 1 su 5) soffre per una malattia psichiatrica. Disturbi dello sviluppo come l'Autismo, il Disturbo di Linguaggio, l'ADHD e la Dislessia colpiscono, in totale, circa il 10 % della popolazione pediatrica. In Italia il suicidio è la seconda causa di morte sotto i 18 anni (la prima sono gli incidenti stradali). La depressione colpisce quasi 1 ragazzo su 10, mentre l'anoressia – che è la malattia psichiatrica col più alto tasso di mortalità - colpisce circa l'1% delle ragazze. La bulimia, i disturbi della condotta, le psicosi a insorgenza anche precocissima (ovvero sotto i dodici anni) sono patologie molto frequenti il cui esordio può essere improvviso quanto imprevedibile. Occorre sottolineare come molti di questi disturbi abbiano un andamento cronico e tendano a perdurare negli anni. Il disturbo mentale rilevato in età adulta spesso si è manifestato già in fasi più precoci dello sviluppo ma, tragicamente, per lo più non viene correttamente riconosciuto né trattato.

Di fronte a questa realtà, per alcuni versi agghiacciante, va rilevata la ormai cronica carenza di strutture sanitarie specificatamente dedicate alla cura di disturbi psichiatrici in età evolutiva e la conseguente assenza di risposte assistenziali adeguate. Spesso il Pediatra di famiglia non è formato a riconoscere i segni precoci di un disagio e, più in generale, i Centri capaci di intercettare, riconoscere e fornire terapia adeguata per il trattamento dei disturbi mentali dello sviluppo sono ancora pochissimi e disorganizzati. Basti citare il caso dell'autismo o del disturbo di linguaggio e della necessità che ad una precoce diagnosi si associ un tempestivo trattamento spesso impossibile per l'assenza sul territorio di un numero adeguato di Centri qualificati.

Aree prioritarie di intervento

La definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da disturbi del comportamento e dell'apprendimento anche secondari a sindromi genetiche o a quadri malformativi appare pertanto urgente, non più procrastinabile. L'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali adeguate potrà dare una prima risposta ad una emergenza sociale e sanitaria che i pazienti e le loro famiglie sono ancora costretti ad affrontare nella solitudine delle loro personali risorse.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 40 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

16) Linea progettuale:

Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management

Premessa



La qualità e la sicurezza delle cure costituiscono una componente strutturale dei Livelli essenziali di assistenza e quindi una prerogativa di tutte le prestazioni offerte dal SSN. La rilevanza di tali tematiche per la politica sanitaria è correlata anche ad altri elementi di più ampio valore, quali la coesione sociale e l'integrazione con le politiche europee, sui quali la qualità e la sicurezza hanno un significativo impatto. Ne consegue che il focus su qualità e sicurezza è una necessità anche in tempi di restrizioni economiche e deve costituire la finalità di tutte le organizzazioni sanitarie e un impegno per ciascun professionista. Nel nuovo assetto costituzionale, il Ministero è chiamato ad attuare la funzione di garanzia dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, determinando la realizzazione di strumenti valutativi in grado di rilevare le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, sia in termini quantitativi che qualitativi. Tale compito è fondamentale anche per poter rispondere adeguatamente alle dinamiche di integrazione europea, nonché a quanto previsto in rapporto alla direttiva della Commissione Europea sulla mobilità transfrontaliera (EU/24/2011).

Obiettivi e strategie

- Attuare la sistematica valutazione della qualità e appropriatezza delle attività clinico- assistenziali mediante l'adozione, in modo sistemico, di appropriate metodologie, quali particolare l'*audit clinico*, individuato come metodologia per migliorare le cure offerte attraverso il confronto e la misurazione delle pratiche professionali con standard di riferimento.

- Ridurre la variabilità dei servizi tra regioni ed all'interno della singola regione attraverso l'adozione e la *compliance* ai criteri e requisiti previsti nel "Disciplinare sull'accreditamento", che, alla luce della diversa evoluzione del sistema, definisce un uniforme sistema di requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

- Promuovere la sicurezza dei pazienti attraverso l'identificazione e il controllo dei fattori che possono facilitare o determinare danni per i pazienti e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti mediante l'adozione di sistemi di monitoraggio degli eventi avversi, di soluzioni per la sicurezza e pratiche riconosciute efficaci e sostenibili a livello nazionale ed internazionale.

- Realizzazione di reti assistenziali integrate per le patologie oncologiche, in particolare per il tumore della mammella secondo il modello delle *breast unit*, per migliorare la qualità e la sicurezza delle attività clinico-assistenziali.

Aree prioritarie di intervento

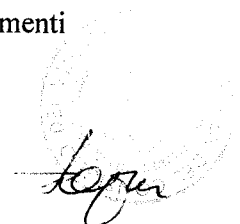
- Predisporre un programma regionale annuale di audit clinici che comprenda la definizione di almeno 2 audit, le modalità di attuazione e di monitoraggio delle azioni di miglioramento con inserimento dell'attività negli obiettivi delle singole aziende e rendicontazione alla regione.

- Istituzione degli organismi tecnicamente accreditanti preposti a curare l'istruttoria dei procedimenti a livello regionale e locale e le verifiche secondo quanto previsto dall'Intesa 20 dicembre 2012 e in accordo con i requisiti indicati dal Tavolo per la Revisione della Normativa sull'Accreditamento-TRAC.

- Adeguamento dei sistemi di accreditamento regionali secondo quanto previsto dall'Intesa dicembre 2012 e con i tempi e le modalità definiti dal Tavolo per la Revisione della Normativa sull'Accreditamento - TRAC.

- Attuare la raccolta sistematica degli eventi avversi, in particolare la raccolta e l'analisi degli eventi sentinella.

- Diffondere, adottare e monitorare la *compliance* a livello regionale, attraverso opportuni standard ed indicatori, di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza per le quali è riconosciuto il valore in termini di efficacia, sostenibilità ed efficienza; si fa riferimento per esempio a checklist di sala operatoria, pratiche per la prevenzione delle ICA, strumenti



per prevenire gli errori in terapia farmacologica, interventi per migliorare la profilassi del tromboembolismo venoso.

- Produrre un report annuale sullo stato della qualità e sicurezza delle cure a livello regionale.

- Organizzazione di una rete assistenziale per il carcinoma della mammella che preveda la definizione di percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali (PDTA) per assicurare che nell'arco del biennio 2014-2015 almeno il 90% delle pazienti affette da carcinoma mammario vengano prese in carico sulla base di tali percorsi definiti nell'ambito della rete.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 100 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

17) Linea progettuale:

Implementazione del “Codice etico” nelle Aziende Sanitarie.

La finalità della presente linea Progetto è quello di identificare, promuovere e diffondere l'etica professionale presente nei codici di ogni professione attraverso la creazione di contesti interpersonali di condivisione e confronto in gruppo dei principi etici individuali che sottendono i comportamenti professionali. L'integrazione dei principi etici individuali consentirà l'identificazione di regole condivise a cui i comportamenti professionali si dovranno adeguare, consentendo la descrizione di una relazione professionale eticamente certificata dagli stessi operatori che la realizzano. Sia il codice etico condiviso che le relative regole professionali considerate coerenti con esso, verranno trascritte all'interno di una “Carta Etica”, che rappresenterà per i cittadini la garanzia che la relazione professionale in cui venga erogata la prestazione rifletta un codice etico condiviso e rispettato. La Carta Etica diverrà un “Patto” che gli operatori e la strutture in cui operano, porranno ai cittadini in termini di garanzia che la relazione professionale e la conseguente prestazione erogata riflettano e siano coerenti con un codice etico condiviso e rispettato.

La redazione e il rispetto del patto non essendo regolato a livello normativo ma avendo un carattere esclusivamente volontaristico, rappresentando il “summa” delle etiche individuali degli operatori interessati, rappresenterà una garanzia in più per il cittadino di accedere a delle prestazioni che possano basarsi su valori etici condivisibili.

Obiettivi

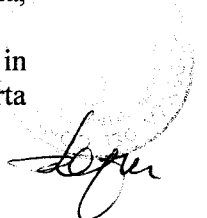
Il Progetto presenta le seguenti finalità:

Individuazione, promozione , sviluppo e diffusione dei principi e valori etici condivisi all'interno dei contesti lavorativi che sottendano a specifici comportamenti professionali che caratterizzino le modalità di relazione con il cittadino.

Creazione di specifici contesti interpersonali in cui gli operatori di qualsivoglia organizzazione lavorativa possano accedere per dar luogo ad una riflessione, individuazione, quindi comunicazione, dei principi e valori etico-morali che sottendano ai comportamenti professionali, per arrivare, attraverso un confronto delle similitudini e delle differenze all'elaborazione di un codice etico condiviso.

Valorizzazione delle competenze professionali presenti attraverso l'individuazione di regole professionali condivise che, promuovendo una cultura dell'appartenenza, definiscano le modalità di instaurazione della relazione con i cittadini.

Redazione e pubblicizzazione , della “Carta Etica” come strumento privilegiato in cui vengano trascritti i principi etici e le regole professionali condivise. La “Carta



Etica” rappresenterà la garanzia per i cittadini di usufruire di prestazioni eticamente certificate dagli stessi operatori che le erogano, assumendo il significato di un patto che gli operatori in quanto tali e in quanto cittadini offrono ai cittadini che si rivolgono a loro.

La diffusione della “Carta” in tutti i contesti in cui i cittadini possano prenderne visione, con particolare riferimento al momento dell’accesso nella struttura professionale, consente a questi di confrontare ciò che venga loro erogato con ciò che è trascritto, fornendo un contributo ad un miglioramento sia dei principi trascritti che della loro applicazione.

L’obiettivo è, quindi, rappresentato dal tentativo di definire un “codice etico ” il più possibile condiviso, sia come etica “*della*” azienda o struttura sanitaria nei rapporti verso l’esterno (cittadini e committenza), sia come etica “*nella*” azienda, nell’agire professionale di ciascuno che implica complesse relazioni interpersonali.

Contenuti

Nel percorso operativo per lo sviluppo dell’etica in ambito professionale potranno essere prese in considerazione le seguenti dimensioni:

- La valorizzazione delle competenze professionali individuali, sia quelle espresse nell’ambito della propria attività, che quelle potenziali che potrebbero emergere in situazioni organizzative favorevoli all’innovazione. La “competenza” è forse la componente più importante e complessa di quello che viene definito il “Capitale Umano”. La valorizzazione delle competenze è la missione dell’Azienda sanitaria offrendo opportunità di apprendimento e crescita professionale come stimolo per gli operatori a mantenere elevata la propria motivazione e relativo impegno nel raggiungimento degli obiettivi aziendali. Infine questo aspetto non potrà realizzarsi se non attraverso il riconoscimento dell’importanza delle esperienze professionali effettivamente realizzate dall’operatore, e dal rispetto dei ruoli, delle funzioni e dei compiti realizzati, che devono trovare espressione nella valorizzazione del “curriculum” come strumento di valutazione e riconoscimento professionale.
- Lo sviluppo della cooperazione e collaborazione nei contesti professionali. Una politica sanitaria efficace è possibile solo attraverso la spinta verso l’integrazione delle differenti professionalità messe al servizio degli obiettivi di salute del cittadino. La costituzione di gruppi di lavoro per l’individuazione e risoluzione delle principali criticità ai diversi livelli e nei differenti contesti aziendali, consentirà a ciascun operatore coinvolto di dare meglio di sé attraverso il riconoscimento, il confronto, la cooperazione, l’integrazione delle diversità prodotti all’interno del lavoro di gruppo. La riflessione etica porterà alla consapevolezza che lavorare con gli altri verso obiettivi comuni rappresenta la via maestra per incrementare o risvegliare la motivazione che sola può ridare senso e valore al lavoro quotidiano.
- Il miglioramento delle prestazioni professionali. Gli aspetti sopra descritti si concretizzeranno nel miglioramento della globalità delle prestazioni offerte dall’azienda ai cittadini come destinatari di tutto il potenziale preventivo, diagnostico, clinico- terapeutico e riabilitativo di cui l’azienda sanitaria stessa è dotata. Per passare dal potenziale al reale, è necessario immettere innovazione attraverso la valorizzazione delle idee, suggerimenti e indicazioni provenienti dagli operatori che devono avere la possibilità di accedere ad un contenitore in grado di accogliere, selezionare, migliorare e realizzare l’innovazione a beneficio delle prestazioni erogate ai cittadini.
- Centralità dei cittadini. Tutto questo percorso è finalizzato a ricordarci che un’azienda sanitaria ha ragione di essere ed esistere solo in relazione alla sua funzione di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, soprattutto attraverso le competenze professionali specifiche degli operatori che la costituiscono e rappresentano.

Queste dimensioni verranno valutate, in particolare, all'interno delle seguenti fasi dell'organizzazione del lavoro sanitario nella relazione con i cittadini:

- ✓ Modalità di accoglienza dei cittadini- utenti in tutte le strutture della Azienda,
- ✓ Erogazione delle prestazioni diagnostiche, clinico/terapeutiche, riabilitative,
- ✓ Gestione e trattamento del corpo,
- ✓ Aspetti relativi all'alimentazione
- ✓ Modalità efficaci di relazione con i familiari

Risultati attesi

Adozione della Carta Etica quale strumento per garantire la coerenza tra valori individuati e condivisi e le scelte professionali effettuate dando vita al Codice di comportamenti con regole professionali concordate, per unità organizzativa coinvolta, nel rispetto dei diversi codici deontologici, delle Leggi e dei contratti, valorizzando la formazione e l'esperienza degli operatori al fine di attuare l'umanizzazione delle cure con conseguente aumento del gradimento da parte dei cittadini.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di euro 10.033.253 da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

18) Linea progettuale:

Piano Nazionale Prevenzione

E' stato prorogato al 31 dicembre 2013 il PNP 2010-12, con l'accordo sancito in Conferenza Stato regioni in data 7 febbraio 2013.

Si è confermato in tale accordo il vincolo di 240 milioni di euro.

In particolare si è convenuto di:

- confermare il vincolo della certificazione ai fini dell'accesso al finanziamento previsto dagli Obiettivi di piano;
- confermare il sistema di valutazione dei Piani regionali di prevenzione (PRP) di cui all'Intesa Stato – Regioni 10 febbraio 2011 per l'annualità 2013;
- procedere alla riprogrammazione dei propri Piani regionali di Prevenzione per l'anno 2013 nei termini di seguito indicati:
 - aggiornamento del quadro strategico in relazione a nuove proposte progettuali;
 - inclusione di nuovi progetti redatti tenendo conto dell'Intesa Stato - Regioni 10 febbraio 2011;
 - eventuale eliminazione di uno o più progetti;
 - mantenimento tal quale dei progetti del PRP 2010-2012, ma con indicazione del valore atteso degli obiettivi al 31 dicembre 2013;
 - rimodulazione della struttura (essenzialmente: obiettivi specifici, risultati attesi, target) dei progetti del PRP 2010-2012;
 - esplicitazione degli indicatori di output (prodotti o prestazioni) o di processo o di *proxy* di *outcome*, coerenti con l'obiettivo che si intende raggiungere;
 - estensione (in termini di ambito territoriale e target coinvolto) dei progetti "pilota" o di quelli che prevedono una copertura non rappresentativa della Regione;
 - orientamento, in maniera più incisiva, nei confronti delle tematiche dell'equità e delle disuguaglianze;
 - avviare i lavori per l'elaborazione del nuovo Piano nazionale della prevenzione per il quinquennio 2014 – 2018.



Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 240 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

19) Linea progettuale:

Superamento OPG e salute mentale

Premessa

Per il superamento OPG, come noto, c'è finanziamento apposito previsto dalla normativa del settore. Quindi ci concentriamo su salute mentale:

Il 24 gennaio 2013 è stato approvato in Conferenza Unificata il “Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM)” che rilevando, accanto alla diffusione dei disturbi psichici, l'emergere di nuovi bisogni in uno scenario sociale e sanitario in rapida evoluzione, identifica aree di bisogno prioritarie e definisce con chiarezza i punti di criticità da affrontare nell'ambito della salute mentale, sia dell'età adulta che dell'infanzia e adolescenza.

Tenuto conto della particolare complessità e multifattorialità dei disturbi psichiatrici maggiori, nonché della necessità di trattamenti integrati, anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale affrontabili e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale richiesti, l'intero Piano pone alla base dello sviluppo di azioni il concetto dei “percorsi di presa in carico e di cura esigibili”, che sappiano intercettare le attuali domande della popolazione e contribuiscano a rinnovare l'organizzazione dei servizi, le modalità di lavoro delle équipes, i programmi clinici aggiornati offerti agli utenti.

In particolare i bisogni prioritari su cui elaborare i percorsi di cura possono essere ricondotti all'area esordio/intervento precoce, all'area disturbi comuni, all'area disturbi gravi persistenti e complessi, all'area dei disturbi dell'infanzia e adolescenza.

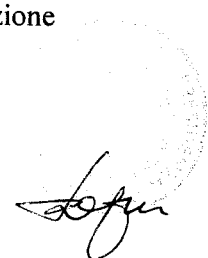
Il Piano prevede inoltre la possibile definizione di strumenti differenziati e la produzione di linee di indirizzo specifiche in alcune aree, in particolare quelle dei trattamenti psichiatrici residenziali e a ciclo diurno sia in età adulta che in età evolutiva.

Aree prioritarie di intervento

Va infine sottolineato che la reale efficacia di un Piano di azioni si basa anche sulla continuità del monitoraggio della sua implementazione nei diversi contesti nazionali, regionali e locali.

Tutto ciò premesso, e tenendo presente che alcuni dei documenti applicativi sono stati già definiti ed approvati (Accordo CU 17/10/2013 su “Le strutture residenziali psichiatriche”) o sono in fase avanzata di completamento (“I percorsi di cura”; “La residenzialità psichiatrica in età evolutiva”) da parte del gruppo di lavoro composto da Regioni, Ministero e AGENAS, si ritiene di indicare i seguenti possibili obiettivi per i progetti regionali:

- promozione di programmazioni regionali e aziendali che recepiscano il PANSM e ne promuovano l'implementazione, in una prima fase anche a livello sperimentale e per singoli segmenti del Piano;
- promozione di progettazioni che attivano il monitoraggio dell'applicazione del PANSM;



- promozione di progettazioni che attivano l'implementazione e/o il monitoraggio dei documenti che derivano dal PANSM e sono stati successivamente approvati;

- promozione di progetti che sviluppino in particolare gli obiettivi e le azioni previsti dal PANSM per l'area dell'età evolutiva.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 80 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

20) Linea progettuale:

Sicurezza nei luoghi di lavoro

Premessa

I dati sull'andamento infortunistico indicano che, sebbene costantemente in calo nel nostro Paese, essi continuano a rappresentare un pesante onere per l'entità dei costi sociali, economici, assicurativi e non assicurativi, quantizzabili nell'ordine di circa 51 miliardi l'anno.

I settori a maggior rischio di infortuni gravi e mortali risultano essere in particolare quello delle costruzioni e dell'agricoltura, in cui i fattori determinanti più frequenti e più gravi risultano costituiti dalle cadute dall'alto, dal rischio di seppellimento o di schiacciamento per ribaltamento delle trattrici o dall'uso di macchine ed attrezzature, per mancato rispetto di procedure corrette di utilizzo.

I dati contenuti nel documento ILO, pubblicato in occasione della giornata mondiale del lavoratore il 28 aprile 2013, mostrano che, nel mondo, circa l'80% dei 2.300.000 morti all'anno collegati allo svolgimento di attività lavorativa, risultano causati da malattie e solo il 20% delle morti risulta attribuibile ad infortuni; vi è pertanto l'urgenza di attivare politiche di prevenzione efficaci per diminuire le malattie correlate all'attività lavorativa.

Strategie ed obiettivi

Prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, in relazione in particolare ai seguenti fattori di rischio :

- Caduta dall'alto/seppellimento.
- uso di macchine ed attrezzature agricole
- rischio fisico, chimico e cancerogeno
- rischio ergonomico
- rischio amianto
- incongruenze organizzative e stress lavoro-correlato
- rischio da tipologie particolari di rapporto di lavoro (lavoratori stranieri)
- rischio da differenze di genere
- rischio da aumento età lavorativa,

perseguendo strategie tese al:

- miglioramento della conoscenza dei rischi e delle patologie ad essi correlati
- rafforzamento della capacità di promuovere programmi di prevenzione condivisi tra istituzioni e parti sociali
- miglioramento dell'efficacia ed integrazione delle attività di controllo e della *compliance* da parte dei destinatari delle norme.

Aree prioritarie di intervento



- Implementare in tutte le Regioni l'utilizzo dei sistemi di sorveglianza (Flussi informativi, INFORMO, MALPROF e neoplasie professionali, OCCAM);
- Rafforzare i sistemi di monitoraggio dei rischi e delle patologie da lavoro, attraverso l'elaborazione dei dati aggregati derivanti dalla sorveglianza sanitaria (ex art. 40, all.3b);
- migliorare il funzionamento degli organismi istituzionali di coordinamento (artt.5, 6, 7, D.Lgs 81/08)
- promuovere il coordinamento dell'attività di vigilanza mediante lo sviluppo dei sistemi informativi integrati;
- sostenere programmi e protocolli finalizzati all'emersione e al riconoscimento delle malattie professionali, coinvolgendo tutti gli operatori sanitari per conseguire l'aumento delle segnalazioni di malattie lavoro-correlate nei comparti, o per i rischi, programmi di intervento;
- attuare programmi coordinati tra i servizi delle ASL e i medici competenti per la promozione di stili di vita più salutari realizzando programmi / progetti che prevedano la verifica della efficacia delle iniziative di promozione della salute realizzate;
- migliorare la qualità e omogeneità dell'attività di vigilanza attraverso programmi di informazione e formazione comuni tra i vari soggetti competenti ad effettuarla;
- attuare programmi integrati di controllo e di promozione della salute e della sicurezza con verifica della diminuzione degli indici epidemiologici relativi ad infortuni gravi e mortali nei comparti, o per i rischi, programmi specifici di intervento

AZIONI per la Prevenzione del rischio cancerogeno

- implementazione della piattaforma web, già prodotta da INAIL, per la gestione del flusso "datore di lavoro-Inail", attraverso lo sviluppo di contenuti e procedure condivise tra INAIL e ASL, in grado di assolvere a ogni debito informativo delle aziende nei confronti della pubblica amministrazione, in una logica di semplificazione che assicuri dati di sintesi al Ministero della salute e alle Regioni;
- completamento dell'istituzione dei COR, per permettere, sia l'alimentazione dell'archivio da parte dei COR, sia l'estrazione epidemiologica su base regionale o locale, garantendo i livelli di copertura e di qualità della rilevazione.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di 20 milioni di euro da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)



Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale		
1	Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale –Farmacia dei servizi	€ 250.000.000
2	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	€ 200.000.000
3	Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'accordo Stato Regioni del 10 febbraio 2011	€ 20.000.000
4	Assistenza ai pazienti in condizioni di Stato Vegetativo e Stato Minima Coscienza nella fase degli esiti (di cui all'Accordo Stato Regioni del 5 maggio 2011).	€ 45.000.000
5	Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	€ 50.000.000
6	Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità	€ 45.000.000
7	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	€ 100.000.000
8	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	€ 40.000.000
9	Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Malattie Rare e per la promozione della rete nazionale dei tumori rari	€ 55.000.000
10	Tutela delle maternità – percorso nascita – parto analgesia	€ 30.000.000
11	Tutela della fertilità e della funzione ormonale nelle giovani donne affette da neoplasia o malattie croniche degenerative mediante l'istituzione di biobanche del tessuto ovarico e cellule germinali	€ 40.000.000
12	Implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale (endometriosi infiltrante, vulvodinia, cistite interstiziale)	€ 15.000.000
13	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce delle infezioni da HPV	€ 15.000.000
14	Implementazione della rete nazionale dei centri territoriali per la prevenzione primaria e la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato genitale maschile	€ 15.000.000
15	Definizione di modelli di assistenza ai bambini e adolescenti affetti da patologie croniche, disturbi del comportamento, dell'apprendimento e del linguaggio, da autismo, da disturbo da deficit da attenzione/iperattività (ADHD) e da psicosi affettive e non affettive dell'infanzia e dell'adolescenza mediante l'organizzazione di Centri di riferimento a valenza regionale e/o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali.	€ 40.000.000
16	Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk management	€ 100.000.000
17	Implementazione del "Codice Etico" nelle aziende sanitarie	€ 10.033.253
18	Piano Nazionale Prevenzione	€ 240.000.000
19	Superamento OPG e salute mentale	€ 80.000.000
20	Sicurezza nei luoghi di lavoro	€ 20.000.000
TOTALE		€ 1.410.033.253

Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO E DEL SSN
 Direzione generale della programmazione sanitaria

1.457.003.253 Importo finale da riparto FSN 2013
 47.000.000 Importo stanziato per progetti regionali ed interregionali
 1.410.003.253 Importo da ripartire tra le regioni

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 2013

ALLEGATO B - TAB. 1

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2013 (1.1.2012)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Interventi per il riassetto organizzativo e strutturale della rete dei servizi di assistenza ospedaliera e territoriale - Pianifica dei Servizi	Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche	Implementazione piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo Stato-Regioni del 19 Febbraio 2011	Implementazione delle Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza di cui all'Accordo Stato-Regioni del 5 maggio 2011	Assistenza agli anziani in condizioni di fragilità e di non autosufficienza	Tutela della fragilità e contrasto alle disuguaglianze in sanità	Cure palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica	Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali	Interventi per l'implementazione della Rete Nazionale Metabolic Bone e per la promozione della rete dei tumori rari
				1	2	3	4	5	6	7	8	9
PIEMONTE	4.337.663	4.337.663	110.943.939	19.670.802	15.313.642	1.573.664	3.540.744	3.924.160	3.540.744	7.868.321	3.147.328	4.337.576
VAL D'AOSTA	126.620	126.620	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.700.881	9.700.881	246.594.073	43.790.470	35.012.376	3.503.238	7.892.285	8.758.094	7.892.285	17.516.188	7.006.475	9.631.903
TRENTINO	304.708	304.708	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.833.657	4.833.657	123.573.928	21.909.754	17.527.803	1.752.780	3.943.756	4.381.951	3.943.756	8.765.902	3.505.561	4.820.146
FRIULI	1.217.780	1.217.780	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EMILIA R.	1.567.339	1.567.339	38.904.395	7.075.080	5.660.064	566.006	1.273.514	1.415.016	1.273.514	2.810.032	1.123.013	1.556.518
TOSCANA	4.341.240	4.341.240	110.527.810	19.596.667	15.677.334	1.567.233	3.577.400	3.919.333	3.577.400	7.838.667	3.155.467	4.311.287
UMBRINA	3.667.780	3.667.780	92.486.621	16.556.621	13.245.297	1.324.530	2.980.192	3.211.334	2.980.192	6.622.648	2.697.059	3.643.457
MARCHE	883.215	883.215	22.486.621	3.986.896	3.189.516	318.932	717.641	797.319	717.641	1.594.738	637.903	877.117
LAZIO	5.500.022	5.500.022	140.030.358	24.827.492	19.661.964	1.986.199	4.468.596	4.965.498	4.468.596	9.920.997	1.112.764	1.520.031
ABRUZZO	1.306.416	1.306.416	33.261.303	5.897.255	4.717.804	471.780	1.065.506	1.179.451	1.065.506	2.781.910	3.972.399	5.462.048
CAMPANIA	5.153.145	5.153.145	7.972.660	1.413.559	1.130.847	117.083	2.581.502	2.82.212	2.581.502	5.920.997	3.972.399	5.462.048
PUGLIA	4.050.072	4.050.072	146.763.023	36.021.022	20.816.817	2.081.682	4.683.784	5.204.204	4.683.784	10.408.409	4.163.503	5.724.625
BASILICATA	573.562	573.562	103.114.684	18.282.214	14.623.851	1.462.535	3.290.817	3.656.463	3.290.817	7.132.926	2.925.170	4.022.109
CALABRIA	1.958.418	1.958.418	14.704.707	2.607.155	2.072.323	208.572	469.288	521.431	469.288	1.642.652	417.145	573.524
SICILIA (*)	4.699.854	4.699.854	49.861.250	8.840.039	7.027.351	707.235	1.591.279	1.706.058	1.591.279	3.596.173	1.414.476	1.944.872
SARDEGNA	1.637.846	1.637.846	127.296.099	22.569.698	18.055.748	1.805.576	4.062.546	4.513.940	4.062.546	9.027.879	3.611.152	4.965.334
TOTALE	59.594.207	53.382.376	1.410.003.253	250.000.000	200.000.000	20.000.000	45.000.000	50.000.000	45.000.000	100.000.000	40.000.000	55.000.000

(*) Per la Sicilia sono state definite le entenze precise come concorso della regione ex comma 830 della L. 296/2006 (49,11%) sui parametri popolazione. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla regione Siciliana ammonta a 62.515.114 euro

Segno

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO E DEL SSN
 Direzione generale della programmazione sanitaria

ALLEGATO B - TAB. 2

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 2013

1.479.032.333 Importo realtamente da riparto FSN 2013
 470.000.000 Importo accantonato per progetto regionali ed interregionali
 1.194.032.333 Importo da ripartire tra le regioni

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	TOTALE GENERALE
PIEMONTE	2.364.496	3.147.328	1.180.248	1.180.248	1.180.248	3.147.328	7.884.321	789.449	18.883.970	6.294.657	1.577.654	110.914.939
VALLE D'AOSTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	5.254.856	7.006.475	2.677.438	3.677.438	2.677.438	7.006.475	17.516.188	1.257.443	42.018.851	14.012.550	3.505.238	246.984.073
BOLZANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTINO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	2.629.171	3.505.561	1.314.585	1.314.585	1.314.585	3.505.561	8.761.902	879.306	21.033.364	7.011.121	1.255.750	123.573.978
FRIGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LEGNANA	349.010	1.132.015	424.505	424.505	424.505	1.132.015	2.831.012	283.944	6.797.077	2.264.026	566.066	39.904.393
EMILIA R.	2.351.600	3.135.467	1.175.800	1.175.800	1.175.800	3.135.467	7.838.652	788.473	18.812.801	6.270.934	1.562.733	110.527.810
TOSCANA	1.964.204	2.649.059	993.397	993.397	993.397	2.649.059	6.622.648	684.467	15.894.356	5.204.119	1.242.530	93.381.544
MARCHE	534.373	697.903	239.214	239.214	239.214	697.903	1.594.338	160.006	3.827.420	1.275.807	318.952	22.488.621
LADIS	2.979.299	4.172.787	1.489.650	1.489.650	1.489.650	4.172.787	10.400.909	279.116	6.676.585	2.235.528	556.352	39.223.800
ABRUZZO	1.071.671	1.489.650	533.835	533.835	533.835	1.489.650	3.970.299	392.563	23.834.392	7.944.797	1.968.199	140.000.258
MOULISE	169.077	226.169	84.814	84.814	84.814	226.169	568.424	56.730	3.661.365	1.887.122	421.280	33.241.205
CAMPANIA	3.122.573	4.163.263	1.561.261	1.561.261	1.561.261	4.163.263	10.400.409	1.044.202	24.990.181	8.326.727	2.063.682	146.782.023
PUGLIA	2.923.170	3.923.170	1.096.939	1.096.939	1.096.939	3.923.170	7.712.976	723.724	17.551.023	5.850.341	1.462.582	103.118.084
BASILICATA	2.193.878	2.923.170	1.096.939	1.096.939	1.096.939	2.923.170	7.312.862	723.724	17.551.023	5.850.341	1.462.582	103.118.084
LAZIO	1.040.853	1.414.470	520.426	520.426	520.426	1.414.470	3.536.175	354.793	8.486.821	2.828.940	707.212	48.861.250
SICILIA	2.708.364	3.611.152	1.354.182	1.354.182	1.354.182	3.611.152	9.037.879	905.790	21.666.910	7.223.503	1.805.576	127.280.059
SARDEGNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	30.000.000	40.000.000	15.000.000	15.000.000	15.000.000	40.000.000	100.000.000	10.033.233	240.000.000	80.000.000	20.000.000	1.410.033.233

(*) Per la Sicilia sono state riformate le misure previste con la sentenza della Corte Costituzionale n. 339 del 2006 (19/11/06) sul parametro popolazione. Ne consegue che la quota parte finanziaria della regione Siciliana ammonta a 62.515.114 euro

[Signature]