



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTO il proprio atto (Rep. Atti n. 69/CSR) del 29 marzo 2007 con il quale sono state individuate le linee progettuali per l'anno 2006;

VISTA la nota in data 10 luglio 2007, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo in oggetto concernente la definizione delle linee progettuali per l'utilizzo dei fondi da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi delle predette disposizioni di legge, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2007;

VISTA la nota in data 11 luglio 2007, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso assenso tecnico sullo schema di accordo in oggetto subordinatamente all'accoglimento della proposta di stralciare dal testo le iniziative relative alla "Casa della salute" (linea progettuale 1) e quelle relative ai programmi di vaccino HPV (linea progettuale 2);

VISTA la nuova definitiva stesura della proposta di accordo, pervenuta dal Ministero della salute con nota in data 17 luglio 2007, che recepisce le osservazioni formulate dalle Regioni con la citata nota in data 11 luglio 2007;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE:

- il dibattito politico sviluppatosi nel corso del 2006 nel Parlamento e nel Paese, così come il confronto avvenuto tra Governo e Regioni all'insegna di un nuovo clima di collaborazione e corresponsabilizzazione, hanno messo in luce la necessità di un ammodernamento del sistema, compatibile con le risorse finanziarie del Paese, coerente con la legge di riforma del 1999 ed in linea con le trasformazioni sociali in corso;

- in questa logica, fermi restando gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, si è evidenziata l'opportunità di riprogrammare gradualmente gli indirizzi di spesa anche al fine di superare disuguaglianze, disomogeneità e discriminazioni tuttora presenti;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

- tale dibattito ha già prodotto, come primi risultati, la sigla del Patto per la Salute e l'istituzione, attraverso la legge finanziaria 2007 (L. 27.12.2007 n. 296) di un fondo per il cofinanziamento di progetti regionali su specifiche materie considerate comunque prioritarie;
- un rilettura degli obiettivi del PSN 2006-2008 ha fatto emergere la loro diversa rilevanza e criticità e la conseguente opportunità di rivederne le priorità, privilegiando quelli più qualificanti in termini di appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni erogate al cittadino
- si intende in ogni caso garantire sia la continuità temporale necessaria al conseguimento degli obiettivi in precedenza concordati che la possibilità per le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano di proporre linee progettuali ulteriori in relazione a situazioni specifiche del territorio da esse ritenute prioritarie nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

SI CONVIENE CHE:

1. Le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, 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 per l'anno 2007 sono quelle riportate nell'Allegato A che costituisce parte integrante del presente accordo.
2. Ai fini dell'erogazione delle risorse vincolate, ciascun progetto, all'atto della presentazione, dovrà essere corredato di un prospetto che evidenzii:
 - gli obiettivi che si intendono conseguire;
 - i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - i costi connessi;
 - gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'investimento proposto.
3. A fine anno, per ogni progetto finanziato, dovrà essere presentato un consuntivo che evidenzi il rispetto delle previsioni e le ragioni degli eventuali scostamenti. Per i progetti di durata pluriennale, il documento di budget iniziale dovrà indicare le previsioni anno per anno e quelle finali ed il consuntivo annuale dovrà indicare la azioni messe in campo per correggere, negli anni successivi, gli scostamenti eventualmente emersi.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

4. I progetti dovranno essere inviati al Ministro della Salute per la valutazione in ordine all'ammissione al finanziamento ed il successivo inoltro alla Conferenza Stato Regioni. L'erogazione dei fondi avverrà a seguito di approvazione da parte di quest'ultima e della conseguente delibera del CIPE.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le Prof. Linda Lanzillotta

DEFINIZIONE DELLE LINEE PROGETTUALI PER L'UTIZZO DEI FONDI DA PARTE DELLE REGIONI E PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO DELLE RISORSE VINCOLATE AI SENSI DELL' ART. 1 COMMA 34 E 34BIS DELLA LEGGE 662/96 PER LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI CARATTERE PRIORITARIO E DI RILIEVO NAZIONALE DEL PIANO SANITARIO 2006-2008

ALLEGATO A

LINEA PROGETTUALE 1.

CURE PRIMARIE

Un adeguato sistema di cure primarie e di continuità assistenziale si è ormai dimostrato snodo fondamentale di un sistema di autentica tutela della salute, in grado di promuovere un miglioramento vero nelle condizioni di vita della popolazione e di rendere effettivo, attraverso una reale integrazione socio-sanitaria, il diritto alla salute dei cittadini.

Ne è consapevole il legislatore che a più riprese è intervenuto in materia (D. lgs. 502/92, D.Lgs 229/99, l. 328/2000) e ne ha fatto elemento qualificante nell'elaborazione dei successivi PSN, ne sono consapevoli le Regioni che sul tema hanno sottoscritto annualmente precisi impegni per l'utilizzo dei fondi ai sensi dell'art.1 co. 34 e 34 bis della legge 662/96, ne hanno precisa consapevolezza gli enti locali, le forze sociali, le organizzazioni di volontariato e le famiglie, chiamate a farsi carico, in modo inevitabilmente scoordinato e non sempre efficace, delle carenze del sistema.

Malgrado questo imponente sforzo, anche finanziario, i risultati non sono ancora all'altezza dei bisogni dei cittadini, delle professionalità degli operatori sanitari a qualsiasi livello, delle potenzialità che attendono di dispiegarsi.

Ne sono testimonianza l'elevato ricorso improprio ai Pronto Soccorso, un tasso di ospedalizzazione ben lontano dagli standards dei paesi più avanzati, l'esiguità strutturale del sistema di RSA, Day hospital e Day surgery polispecialistici, i problemi che sorgono all'atto delle dimissioni dagli ospedali, appropriate dal punto di vista clinico, ma rese problematiche dalle difficoltà del territorio a farsi carico delle necessità socio assistenziali e di continuità di cure di molti pazienti (dalle puerpere con i loro neonati ai pazienti oncologici, dai portatori di patologie croniche gravi a quelli da sottoporre ad interventi riabilitativi, dagli anziani fragili e soli ai disabili).

Tutto ciò, tra l'altro, genera uno spreco inaccettabile di risorse, non solo economiche, che si disperdono in infiniti rivoli, privi di legami sinergici e che, con ben altra efficacia, potrebbero essere investite nella crescita qualitativa dell'intero SSN.

Dal completamento dei modelli organizzativi già finanziati con gli obiettivi del PSN 2003-2005, nonché dagli impegni assunti per l'anno 2006 congiuntamente a quanto sottoscritto nel Patto per la Salute del 28 settembre 2006, si attendono significativi ritorni in termini di efficacia del sistema.

E' necessario, pertanto, portare a compimento la realizzazione dei modelli organizzativi per le cure primarie, in particolare l'UTAP, dare impulso ai distretti, dotarsi di sistemi informatici e telematici che consentano efficienti modalità di comunicazione tra MMG e gli ospedali e tra MMG e gli altri attori presenti sul territorio.

Pertanto si confermano gli indirizzi di cui all'accordo 2006 ed i vincoli di risorse in tema di cure primarie (25%) e si concorda, altresì, di assicurare tramite la progettualità regionale:

- piena attuazione ai principi contenuti nella legge 229/99 e nella legge 328/00 per creare piena corrispondenza funzionale e sostanziale tra "Distretto" e "Zona sociale";
- assegnazione al distretto di risorse definite, anche al fine di riequilibrare la spesa tra attività ospedaliera e attività sanitaria e territoriale in favore di quest'ultima.

Tuttavia, sempre in coerenza con il PSN 2006-2008, si ritiene essenziale procedere da un lato verso una ulteriore e più avanzata razionalizzazione e dall'altra verso una maggiore attenzione ai bisogni del cittadino.

Proprio in questa ottica si inseriscono da un lato il progetto "Casa della Salute" e dall'altro quello di "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie".

La Casa della Salute

Le Regioni potranno varare progetti relativi alla sperimentazione della Casa della salute secondo le indicazioni contenute nel D.M. previsto dall'art. 1 co. 807 della Legge Finanziaria 2007

Il Progetto "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie"

Nell'ambito della linea progettuale si ritiene di proporre un progetto specifico di presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da malattie degenerative o comunque invalidanti, come la Sclerosi Laterale Amiotrofica o le distrofie muscolari progressive, che, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive, perdono progressivamente la facoltà di comunicazione e di relazione, finendo nel totale isolamento e nella disperazione.

In condizioni analoghe si trovano anche i pazienti con sindromi post traumatiche per lesioni cervicali alte che esitano in tetraparesi completa con dipendenza dal ventilatore meccanico e quelli con sindrome locked-in.

Per tutti costoro comunicare con i familiari, amici e conoscenti, dialogare con il proprio medico, partecipare alla vita sociale scambiando opinioni e pensieri è un bisogno primario che caratterizza la qualità della vita. La copertura di tali bisogni rappresenta un aspetto essenziale del concetto di presa in carico complessiva del paziente e dei familiari per la cui piena attuazione vi è necessità di costruire un percorso da strutturare su più fronti, con tempi medio-lunghi.

Tuttavia vi è un'urgenza della quale si può e si deve tener conto, data dagli aspetti della comunicazione per la quale si ritiene necessario mettere a disposizione del paziente e della famiglia strumenti e tecnologie coerenti con il suo stato.

In questa ottica, per l'anno 2007, si ritiene di vincolare una quota di 10 milioni di euro, da ripartirsi secondo la **tabella 1**, per consentire alle Regioni di dotare di sistemi di comunicazione un primo target di pazienti tra quelli con fonazione di grado 2 (sostanziale perdita della parola) e motilità di grado 4 (tetraparesi).

Alle Regioni, pertanto, si richiedono progetti in tal senso che ricerchino altresì tutte le possibili sinergie che consentano di beneficiare dell'effetto di scala nella fornitura, manutenzione e aggiornamento soprattutto delle apparecchiature a tecnologia più sofisticata e, purtroppo, di costi più elevati.

TABELLA 1

Risorse vincolate per l'attuazione della progettualità "Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi malattie psicomotorie"

Linea Progettuale 1: Cure Primarie

€ 10.000.000 Importo previsto

REGIONI	somma vincolata
PIEMONTE	738.997
VAL D'AOSTA	21.102
LOMBARDIA	1.612.753
BOLZANO	82.078
TRENTO	85.599
VENETO	806.498
FRIULI	205.658
LIGURIA	274.057
EMILIA R.	712.755
TOSCANA	616.130
UMBRIA	147.720
MARCHE	260.215
LAZIO	902.915
ABRUZZO	222.173
MOLISE	54.621
CAMPANIA	985.661
PUGLIA	693.004
BASILICATA	101.118
CALABRIA	341.167
SICILIA	853.969
SARDEGNA	281.809
TOTALE	10.000.000

LINEA PROGETTUALE 2.

SALUTE DELLA DONNA E DEL NEONATO

La tutela della salute della donna, dei diritti della partoriente e della salute del neonato costituiscono un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

Malgrado i progressi realizzati in tali campi negli ultimi anni, come evidenziato nel PSN 2006-2008, non sono stati raggiunti gli obiettivi del precedente Piano Sanitario 2003-2005 che faceva proprie molte delle indicazioni del Progetto Obiettivo materno- infantile adottato con D.M. 24 aprile 2000. Pur all'interno di un trend virtuoso, permangono notevoli disuguaglianze tra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud in termini di mortalità neonatale e infantile, di incidenza dei neonati in basso peso, di proseguimento dell'allattamento materno fino a sei mesi, di equità di accesso ai servizi di informazione e socio-sanitari, di ricorso allo screening e alla diagnosi precoce per le patologie che più specificamente colpiscono le donne.

Persistono inapproprietezze nell'offerta delle indagini strumentali e soprattutto nel ricorso al taglio cesareo, che raggiunge, in particolare nelle regioni meridionali, tassi superiori a quelli raccomandati dall'OMS.

Permangono, inoltre, ovunque, ulteriori spazi di miglioramento in merito all'attenzione posta ad alcune specificità, come quelle vissute dalla donna immigrata, soprattutto qualora abbia subito mutilazioni genitali, dalla donna con dipendenze derivanti da patologia fisica e psichica, dalla donna che subisce violenza, dalla donna affetta da disturbi mentali, (in particolare colpita da depressione post partum).

Sono stati altresì in parte disattesi gli standards relativi al numero minimo di parti/anno per struttura e al bacino di utenza per unità operativa di pediatria. Tale situazione andrebbe monitorata vista l'ipertrofia del sistema da tutti riconosciuta.

Sono, infine, ancora presenti dispersioni organizzative e gestionali quali la carenza di strutture consultoriali, un efficace sistema di trasporto assistito al neonato, una troppo rarefatta presenza di una guardia attiva medico-ostetrica e pediatrico- neonatologica in h24, un continuo aumento degli accessi in pronto soccorso sia generale che pediatrico per il 90% imputabili a codici bianchi o verdi, un tasso di ospedalizzazione troppo elevato.

Nelle more di una rivisitazione legislativa della materia che metta a disposizione migliori strumenti di tutela della gestante e del neonato nell'ambito dei LEA, al fine di garantire la tutela della salute della donna in tutte le fasi della vita, vanno presentati progetti specifici afferenti alle problematiche di ciascuna fase, dall'espressione della sessualità alle scelte di procreazione cosciente e responsabile, dai bisogni legati al periodo della gestazione e del parto fino alle patologie dell'età post-fertile.

In questa ottica la progettualità regionale dovrà essere indirizzata verso :

Iniziative per la salute della donna

- **Educazione alla salute dell'adolescente:** attivazione, d'intesa con gli organi scolastici, di corsi di informazione ed educazione alla salute, partendo dalle condizioni socio familiari e ambientali, soprattutto se predisposti alla devianza e al disagio;
- **Patologia oncologica:** Presa in carico globale da parte dei servizi territoriali della donna con patologia oncologica per indirizzarla verso servizi specialistici di diagnosi e cura, facilitandone i percorsi e gli accessi e attivando anche il supporto psicologico. In questo ambito, permanendo rilevanti problematiche connesse agli esiti delle terapie (mastectomia con svuotamento ascellare: linfedema dell'arto superiore) si promuove l'attuazione di quanto previsto dai LEA, in particolare per il linfodrenaggio del braccio, nelle donne operate di carcinoma mammario. Nei Reparti di oncologia si dovrà favorire l'integrazione con i servizi di supporto psicologico, di chirurgia oncologica e chirurgia plastica ricostruttiva, anche con la collaborazione delle Associazioni delle pazienti
- **Endometriosi:** si tratta di una patologia che interferisce pesantemente sulla qualità della vita individuale e sociale della donna, in quanto la diagnosi tardiva (in media 9 anni dall'insorgenza dei sintomi) comporta uno stato di sofferenza, spesso invalidante, con serie ripercussioni in termini di costi individuali, sociali e sanitari. Si dovrà porre in essere una attività di informazione e sensibilizzazione dei medici dei presidi consultoriali e dei MMG per ridurre il pericolo di omissione diagnostica. Dovrà essere organizzata l'attivazione di registri regionali, con centro di coordinamento regionale, con l'obiettivo di avere un archivio di facile accesso e immediata consultazione che permetta di conoscere dati epidemiologici, clinici e sociali.
- **Menopausa e osteoporosi:** dovrà porsi particolare attenzione alle patologie del periodo post-fertile, svolgendo azioni di prevenzione mirata nei confronti dell'osteoporosi in quanto essa rappresenta un problema sia in termini di qualità della vita che di costi sanitari e sociali, legati alla cura e riabilitazione dei soggetti fratturati e all'assistenza per l'invalidità che spesso ne consegue.
- **Donne immigrate:** la presenza di una importante componente femminile, prevalentemente in età fertile data la struttura demografica della popolazione immigrata, pone nuove istanze ai servizi sanitari e socio sanitari. A queste donne deve essere garantita, in particolare, la comunicazione interculturale, il miglioramento dell'accesso ai programmi di screening e prevenzione, assistenza specialistica e riabilitazione in caso di portatrici di mutilazioni genitali.

Iniziative a favore delle gestanti e delle partorienti e del neonato

- **Campagne di informazione:** promozione di campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere su tutte le problematiche che attengono a questo importante periodo della loro vita;
- **Parto naturale:** va limitato il ricorso al parto cesareo per riportarlo all'interno dei parametri europei (20%) e va controllato il ricorso eccessivo alle prestazioni diagnostiche che rischiano di trasformare la gravidanza ed il parto in eventi patologici;
- **Evento nascita:** miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica che deve prevedere parto indolore, allattamento materno precoce, rooming-in colmando le disuguaglianze presenti tra le regioni;
- **Puerperio:** predisposizione di modelli operativi regionali per la promozione di attività di counseling sulle cure in puerperio e per l'attivazione di incontri/visite domiciliari alle donne che hanno partorito nel territorio;
- **Allattamento materno:** attività di formazione degli operatori sanitari e sociali perché siano in grado di fornire le opportune informazioni e di sostenere le donne, in maniera competente, a mettere in pratica le decisioni prese. Promuovere iniziative ed accordi a livello locale al fine di creare condizioni favorevoli alla pratica dell'allattamento al seno.
- **Formazione del personale** dei reparti di ostetricia alle tecniche di controllo del dolore durante il travaglio .
- **Trasporto neonatale :** il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali.

LINEA PROGETTUALE 3

AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

L'aggiornamento permanente obbligatorio per tutti gli operatori sanitari è ormai una necessità prioritaria e costituisce l'elemento fondamentale di adeguamento delle capacità e delle competenze coerente con le esigenze della collettività, con l'evoluzione tecnologica, con l'affinarsi delle pratiche di prevenzione e cura , con la messa a punto di sempre più efficaci strumenti di gestione e controllo di sistemi complessi e dei costi ad essi connessi.

Dal D.Lvo 502/92 fino all'Accordo-ponte tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 16 marzo 2006, l'argomento è stato oggetto di interventi legislativi e di impegni condivisi che hanno portato, a seguito dell'Accordo del 20 dicembre 2001, all'avvio di una importante fase sperimentale che, tra l'altro, diffondendo a livello regionale una notevole messe di esperienze di governo delle attività formative, si

23

rivelerà preziosa per dare a questo processo carattere stabile e sistemico superandone le criticità e le ambiguità e valorizzandone gli aspetti innovativi.

Né il tema poteva essere escluso dal PSN 2006-2008 che, anzi, ne fa elemento qualificante, insieme alla formazione di base, per un significativo miglioramento qualitativo dei servizi.

Va anzi sottolineato come in tale PSN trovi collocazione anche l'argomento delle medicine e delle pratiche non convenzionali da ricondurre in un alveo trasparente e controllato che dia ai cittadini le necessarie garanzie di validità scientifica e di qualificazione del personale cui si rivolgono.

Nell'attesa di una rapida definizione del Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario e della sua ratifica nei modi e nelle sedi deputate, permangono valide le deliberazioni assunte nella conferenza Stato Regioni con l'accordo del 20.12.2001, aggiornato nelle successive Conferenze del 13 marzo 2003, 29 marzo 2005 e 16 marzo 2006, nonché quelle di cui alla conferenza del 22 maggio 2003 relative al personale operante nel sistema emergenza-urgenza.

In questo ambito, pertanto, le Regioni potranno stilare progetti di aggiornamento, anche pluriennali, frutto di una rivisitazione dei loro fabbisogni formativi.

Tenuto, infine, conto del peso economico delle attività di tipo amministrativo e gestionale, di manutenzione e ammodernamento delle strutture, degli impianti e delle reti, nonché alla gestione dei consumi energetici, sarebbero auspicabili progetti di formazione e/o aggiornamento dei managers responsabili con l'obiettivo di disporre all'interno della sanità delle tecniche più aggiornate che il sistema paese mette a disposizione ed aumentare in tal modo l'efficienza di questa attività, recuperando anche per questa via risorse da dedicare alla tutela della salute dei cittadini.

Nella stesura di questi progetti, al fine di contenere i costi, si studieranno tutte le possibili economie di scala, anche con accordi interregionali, ove questi si rendessero convenienti e opportuni.

In base all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, per questa specifica progettualità è vincolata, per l'anno 2007, una quota di 50 milioni di euro da ripartirsi secondo la **tabella 2:**

TABELLA 2

Risorse che le Regioni mettono a disposizione per la realizzazione del Piano Nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario

Linea progettuale 3: Aggiornamento del personale
€ 50.000.000 importo previsto

REGIONI	Risorse già vincolate Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005 anno 2007
PIEMONTE	3.690.939
VAL D'AOSTA	105.106
LOMBARDIA	8.004.127
BOLZANO	405.131
TRENTO	423.832
VENETO	4.012.675
FRIULI	1.032.569
LIGURIA	1.362.029
EMILIA R.	3.528.007
TOSCANA	3.083.173
UMBRIA	733.729
MARCHE	1.298.603
LAZIO	4.519.368
ABRUZZO	1.108.633
MOLISE	276.783
CAMPANIA	4.973.734
PUGLIA	3.476.425
BASILICATA	513.818
CALABRIA	1.734.106
SICILIA	4.304.630
SARDEGNA	1.412.582
TOTALE	50.000.000

LM

LINEA PROGETTUALE 4.

RETI ASSISTENZIALI

Lo sviluppo tecnologico ospedaliero, con il connesso aumento dei costi da un lato, e il consolidarsi del sistema di cure primarie che il progetto "Casa della Salute" intende ulteriormente potenziare e razionalizzare dall'altro, fanno emergere la necessità di concentrare l'offerta ospedaliera in strutture dislocate strategicamente sul territorio. Questi ospedali devono rappresentare sempre più lo snodo regionale ed interregionale di un sistema integrato di rete che consenta il collegamento con presidi ospedalieri di livello locale e con strutture territoriali per la realizzazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico del paziente, alla realizzazione di percorsi sanitari appropriati, alla garanzia della continuità delle cure e della migliore accessibilità da parte dei cittadini.

Il concetto di rete va ulteriormente sviluppato in tutte le potenzialità: non solo rete intraregionale per garantire efficienza nella risposta, (es. emergenza urgenza) o interregionale per permettere un utilizzo ottimale del servizio offerto (es. trapianti), ma anche rete per specifici servizi (malattie rare, unità spinali) per i quali conviene individuare alcuni centri altamente qualificati o anche rete come scelta delle regioni di condividere alcune strutture per l'erogazione di alcuni servizi, tramite accordo tra piccole Regioni e grandi o tra Regioni vicinore.

Particolare attenzione va dedicata alle reti per le malattie rare e a quelle per le unità spinali, che saranno coinvolte, anche se non in via esclusiva nella revisione straordinaria delle prestazioni dei LEA e nella revisione del DPCM 29.04.2001 prevista dal punto 2. del Patto per la Salute.

La rete per le malattie rare

Dall'emanazione del D.M. 279/2001 rivolto alla realizzazione di una rete costituita da presidi accreditati dalle Regioni, che confluisce all'ISS, sede del Registro Malattie Rare, con il proposito di migliorare la qualità dell'assistenza e di realizzare la raccolta di dati epidemiologici utili alla programmazione, realizzazione e valutazione di interventi di sanità pubblica e dall'attivazione nel 2000 del Centro Nazionale Malattie Rare, molto è stato fatto, ma molto resta da fare perché agli oltre 5 milioni di pazienti affetti da tali malattie siano fornite prestazioni sanitarie sempre più appropriate e tempestive e sia alleviato il peso che grava su di essi e sui loro familiari.

Se infatti, come evidenziato nel PSN 2006-2008, le Regioni hanno formalmente individuato i presidi deputati alla diagnosi delle malattie ed alla presa in carico dei pazienti, è anche vero che la costituzione della rete è ancora agli inizi e la collaborazione tra i presidi deve essere fortemente implementata.

I progetti presentati dalle regioni dovranno, pertanto, avere come obiettivo l'implementazione operativa di tale rete ed in tal senso dovranno:

- individuare i nodi, i percorsi, le procedure che li collegano, gli strumenti di hardware e di software che garantiscono lo scambio rapido di informazioni e di protocolli diagnostici e terapeutici;

lm

- definire i meccanismi e le risorse da attivare per la presa in carico del malato dalla notifica dell'insorgenza della malattia fino alla sua totale riabilitazione (con ciò includendo le strutture sanitarie territoriali per l'assistenza domiciliare);
- predisporre i programmi e le procedure di monitoraggio delle attività formative rivolte ai MMG e agli operatori dei servizi territoriali riguardanti la formulazione del sospetto diagnostico e la gestione della malattia prevedere l'attivazione di registri regionali o interregionali che garantiscano il flusso dei dati al Registro Nazionale, attraverso un sistema strutturato e totalmente concordato.

La Rete per le Unità Spinali

L'unità spinale (U.S.) rappresenta una struttura riabilitativa unipolare espressamente destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, tale da permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute e il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione, garantendo l'unitarietà di intervento riabilitativo rispetto a tutte le esigenze del soggetto disabile nella globalità fisica, psichica ed esistenziale della persona.

Le Unità Spinali fanno parte, quindi, di un percorso necessariamente coordinato che parte dal momento dell'insorgenza della lesione fino all'ottenimento dell'outcome ottimale della persona con lesione midollare.

L'Unità Spinale è strettamente raccordata con i Servizi di Emergenza Urgenza di II livello ed in particolare con i Trauma Center, al fine di fornire la propria consulenza immediatamente dopo il trauma e durante le eventuali fasi di ricovero in rianimazione, neurochirurgia, ortopedia, collaborare all'educazione e formazione del relativo personale, partecipare ai comuni protocolli terapeutici e garantire un tempestivo accoglimento del soggetto mieloleso.

L'Unità Spinale deve avere a disposizione tutte le consulenze specialistiche eventualmente necessarie o utili nel processo riabilitativo e deve quindi essere strettamente inserita nella rete complessiva dei Servizi Sanitari di riabilitazione di primo e secondo livello e di riabilitazione sociale, con i quali si raccorda per il ritorno in tempi adeguati del disabile nel proprio territorio di vita, garantendo il completamento del percorso riabilitativo.

D'altro canto è evidente come, per poter puntare sul reinserimento sociale, ambientale, lavorativo e psicologico di un paraplegico o tetraplegico è essenziale l'unitarietà del percorso di cura, spesso molto lungo e sempre complesso, che coinvolge nel tempo diverse professionalità sia all'interno dell'unità spinale sia sul territorio a valle delle dimissioni.

Ciò è possibile solo con l'attivazione di sistemi in rete di cui la famiglia del paziente sia uno dei nodi essenziali insieme ai MMG, ai medici specialisti, alle strutture dei servizi sociali.

In questa ottica alle Regioni e agli Enti locali è richiesto di promuovere lo sviluppo di interventi integrati, finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà di un percorso assistenziale che si faccia carico della specificità di tali situazioni e della complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone e superi l'attuale frammentarietà degli interventi, peraltro di elevata qualità, innescando anche su questo fronte il processo che dovrà condurre alla "Casa della Salute".

I progetti che le regioni presenteranno dovranno pertanto avere caratteristiche concettualmente analoghe a quelle richieste per la rete delle malattie rare, con la specificità che trattasi di disabilità nelle quali il supporto di psicologi e neuropsichiatri, specialmente in pazienti in età pediatrica, dovrebbe costituire un elemento di centralità.

LINEA PROGETTUALE 5.

GOVERNO CLINICO

Il Governo Clinico è una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili della definizione di obiettivi percepiti come comuni che, in quanto tali, non possono che tendere al miglioramento continuo della qualità dei servizi ed al raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando, di conseguenza, la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza..

D'altro canto, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 indica la necessità della promozione della qualità attraverso le politiche di Governo Clinico, con l'obiettivo che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente.

E' in qualche modo implicito, in questa definizione, il fatto che il Governo Clinico deve coinvolgere non solo il sistema di programmazione, controllo e sviluppo della qualità clinica, ma anche l'implementazione di meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali permeando in modo trasversale tutti i livelli e le articolazioni dell'organizzazione sanitaria e coinvolgendo a pieno titolo i cittadini non solo in quanto utenti (e quindi titolari del diritto di pretendere il meglio per la tutela della propria salute) o in quanto finanziatori del SSN attraverso le imposte, ma soprattutto come autentici partners dei processi di ottimizzazione e di miglioramento della qualità.

La certezza di risorse economiche, già definite con la Legge Finanziaria e con il Patto per la salute, consente di affrontare ora un programma che, per l'affermazione del Governo Clinico nei termini sopra accennati, rimoduli l'organizzazione delle Aziende sanitarie, ancorandola ai Dipartimenti, che del Governo Clinico dovranno essere il perno centrale.

Gli strumenti che dovranno essere devoluti ai Dipartimenti debbono consentire loro di muoversi agevolmente e con efficacia nei tre grandi ambiti che sono propri del Governo Clinico: promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza, monitoraggio delle performance, gestione del rischio.

Ovviamente, l'uso integrato e congiunto dei molteplici strumenti con cui si può navigare all'interno di questi spazi, apre opportunità che costituiscono, se gestite in un'ottica complessiva non più frazionata in mille sottosistemi, quel valore aggiunto, anche economico, che viene universalmente riconosciuto a tutti i processi tesi alla qualità.

Basterebbe riflettere sulle grandi potenzialità dell'audit clinico e del monitoraggio delle performance (relative non tanto ai volumi quanto alla qualità delle prestazioni cliniche ed amministrative) per immaginare quale costante di amplificazione può emergere dall'uso sinergico di tali strumenti.

Anche il risk management, ove spostati l'ottica dalle responsabilità individuali alla ricerca delle cause tecniche, organizzative e gestionali, diviene elemento di input al processo di miglioramento continuo della performance.

Nell'ottica di quanto sopra descritto, le regioni dovranno predisporre progetti tesi a:

- promuovere, sulla base della situazione esistente, l'implementazione dei Dipartimenti, sia in ambito territoriale che ospedaliero, forniti di strumenti, procedure e risorse omogenee e coerenti con le funzioni di Governo Clinico;
- garantire l'attivazione graduale dei vari strumenti del Governo Clinico, dipartimento per dipartimento e azienda per azienda
- definire gli strumenti e i parametri di verifica e di controllo degli outcomes aziendali
- mettere a punto processi di ascolto e di confronto periodico con i cittadini, con le organizzazioni dei pazienti e con gli enti locali sugli obiettivi e sui risultati del sistema sanitario regionale in termini di qualità;
- raccogliere le necessità formative delle singole aziende relativamente a processi di Governo Clinico formulando, sulla scorta di tali domande, il piano regionale di formazione e mettendo altresì a punto meccanismi di valutazione e verifica della relativa efficacia;

PROGETTUALE 6.

LISTE DI ATTESA

Obiettivo centrale del SSN è garantire ai cittadini prestazioni sanitarie adeguate ai problemi clinici presentati, nel rispetto del diritto alla tutela della salute e del principio di equità nell'accesso alle prestazioni.

Il problema dei tempi di attesa, in relazione al quale si misura la capacità di risposta del sistema ai bisogni di salute della popolazione, nonostante l'impegno sistematico delle organizzazioni sanitarie finalizzato al loro contenimento, non ha ancora raggiunto la completa definizione.

L'accordo Stato Regioni del 28 marzo 2006 sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 si pone l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i vari soggetti istituzionali deputati a contrastare il fenomeno e condividere un percorso che tenga conto dell'applicazione di criteri rigorosi di appropriatezza e di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Pertanto tra le linee attuative del Piano si individuano quelle che vengono definite nel Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa.

In base all'Intesa Stato Regioni del 28 marzo 2006, per questa specifica progettualità è vincolata, per l'anno 2007, una quota di 150 milioni di euro da ripartirsi secondo la **tabella 3:**

Tabella 3

Risorse vincolate per il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa, a valere sui fondi di cui all'art.1 comma 34 e 34 bis della legge 662/1996 **ANNO 2007**

Linea progettuale 6: Liste di attesa**€ 150.000.000**

REGIONI	Risorse vincolate Intesa Stato regioni 28 marzo 2006 Anno 2007	di cui per le attività di Centro Unico di Prenotazione
	Euro	Euro
PIEMONTE	11.072.817	3.690.939
VAL D'AOSTA	315.319	105.106
LOMBARDIA	24.012.382	8.004.127
BOLZANO	1.215.393	405.131
TRENTO	1.271.497	423.832
VENETO	12.038.024	4.012.675
FRIULI	3.097.708	1.032.569
LIGURIA	4.086.088	1.362.029
EMILIA R.	10.584.021	3.528.007
TOSCANA	9.249.520	3.083.173
UMBRIA	2.201.188	733.729
MARCHE	3.895.809	1.298.603
LAZIO	13.558.104	4.519.368
ABRUZZO	3.325.900	1.108.633
MOLISE	830.349	276.783
CAMPANIA	14.921.202	4.973.734
PUGLIA	10.429.273	3.476.424
BASILICATA	1.541.453	513.818
CALABRIA	5.202.319	1.734.106
SICILIA	12.913.890	4.304.630
SARDEGNA	4.237.745	1.412.582
TOTALE	150.000.000	50.000.000

LINEA PROGETTUALE 7.

PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE

L'intesa tra Stato e Regioni stipulata il 23 marzo 2005 individua chiaramente negli interventi di prevenzione un'arma essenziale per affrontare sul lungo periodo problemi di salute frequenti, gravi e costosi e approva il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 definendone priorità, le modalità di coordinamento e di finanziamento con una decisione che, considerando l'attuale assetto del sistema sanitario italiano, vede impegnato tutto il sistema.

Il PSN 2006-2008, prendendo atto della maggiore efficacia dell'offerta attiva degli interventi preventivi e di sanità pubblica, ha confermato il Piano Nazionale di Prevenzione attiva 2005-2007 estendendone la validità al 2008.

Pertanto tra le linee attuative del Piano si individuano quelle che vengono definite nel Piano di prevenzione attiva da estendere e potenziare ed alle quali si ritiene di riservare il 20% delle risorse destinate alla realizzazione degli obiettivi di cui al presente documento.

In base all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, per questa specifica progettualità è vincolata, per l'anno 2007, una quota di 240 milioni di euro da ripartirsi secondo la **tabella 4:**

TABELLA 4

Risorse che le Regioni mettono a disposizione per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione
ANNO 2007

Linea progettuale 7: Piano Nazionale di prevenzione**240.000.000**

risorse da vincolare sulle risorse per gli obiettivi di PSN

REGIONI	Risorse da vincolare sulle risorse per gli obiettivi di PSN Intesa Stato Regione 23 marzo 2005 ANNO 2007
---------	---

PIEMONTE	17.716.507
VAL D'AOSTA	504.511
LOMBARDIA	38.419.811
BOLZANO	1.944.629
TRENTO	2.034.394
VENETO	19.260.839
FRIULI	4.956.333
LIGURIA	6.537.740
EMILIA R.	16.934.433
TOSCANA	14.799.232
UMBRIA	3.521.901
MARCHE	6.233.294
LAZIO	21.692.966
ABRUZZO	5.321.440
MOLISE	1.328.558
CAMPANIA	23.873.923
PUGLIA	16.686.837
BASILICATA	2.466.325
CALABRIA	8.323.710
SICILIA	20.662.224
SARDEGNA	6.780.393

TOTALE	240.000.000
---------------	--------------------

LINEA PROGETTUALE 8.

LINEE PROGETTUALI INDIVIDUABILI DALLE SINGOLE REGIONI

In aggiunta alle linee progettuali sopra richiamate, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano potranno proporre linee progettuali ulteriori in relazione a situazioni specifiche del territorio da esse ritenute prioritarie nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008