



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

SEDUTA DEL 29 LUGLIO 2004

Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l'anno 2004 per l'elaborazione degli specifici progetti ai sensi dell'articolo 1 comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n.662, nell'ambito delle cinque linee prioritarie individuate dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 (rep atti n. 1812), ai fini dell'assegnazione delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1 comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662.

Repertorio Atti n. 2074 del 29 Luglio 2004

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano

Nell'odierna seduta del 29 luglio 2004:

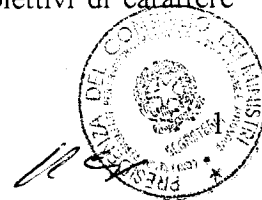
PREMESSO CHE:

- l'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281 affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

-l'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1992, n.662 prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale destinate alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano Sanitario Nazionale da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del comma 34 bis del medesimo articolo, di specifici progetti;

-il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005, approvato con D.P.R. 23 maggio 2003, individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo dell'8 agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002 - 2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati Livelli di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni;

-con l'accordo sancito da questa Conferenza il 24 luglio 2003 (repertorio atti n. 1812) in attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, sono state individuate le seguenti cinque linee prioritarie di attività e che, con lo stesso accordo, si è convenuto che costituissero gli obiettivi di carattere





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

prioritario e di rilievo nazionale, da individuarsi ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662:

- 1) Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 2) Cure primarie;
- 3) Rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;
- 4) Centri di eccellenza;
- 5) Comunicazione istituzionale;

- questa Conferenza, nella seduta del 2 ottobre 2003 (Repertorio atti n.1831), ha espresso l'intesa sulla proposta del Ministro della salute di assegnazione per l'anno 2003, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n.662, delle risorse finanziarie vincolate per l'anno 2003 e già accantonate con la delibera CIPE del 14 marzo 2003, destinate al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005;

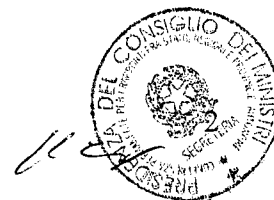
-che con delibere di questa Conferenza, adottate nelle sedute del 10 dicembre 2003 (Repertorio atti n.1895) e del 20 maggio 2004 (Repertorio atti n. 2019) sono stati individuati i progetti per la realizzazione degli specifici obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 delle Regioni: Abruzzo, Basilicata, Campania, Toscana, Sardegna, Siciliana, Liguria, Veneto, Umbria, Marche, Molise, Lazio, Emilia-Romagna, Lombardia, Calabria, Puglia, Piemonte, nonché del progetto per la costruzione di classificazioni, codifiche, metodologie comuni per il Servizio Sanitario Nazionale (progetto "Mattoni SSN"), affidato alla Regione Veneto e del progetto per l'ampliamento dell'indagine ISTAT "Multiscopo sulle famiglie 2004-2005", affidato alla Regione Piemonte;

VISTA la proposta di accordo in oggetto, trasmessa con nota del 5 luglio u.s. dal Ministero della salute, sugli indirizzi progettuali per le Regioni per l'anno 2004 per l'elaborazione degli specifici progetti nell'ambito delle cinque linee prioritarie di cui all'accordo del 24 luglio 2003;

CONSIDERATO che, in sede tecnica il 20 luglio u.s., i rappresentanti regionali hanno avanzato alcune proposte di modifica al testo dell'accordo, accolte dal Ministero della salute e trasmesso nella stesura definitiva dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni il 22 luglio u.s.;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni hanno consegnato un documento, che si allega sub A), contenente alcune proposte di emendamenti all'accordo in oggetto, che sono state accolte dal Ministro della salute;

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome, espresso ai sensi dell'articolo 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Sancisce tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano il seguente accordo nei termini sottoindicati:

PREMESSO CHE:

-l'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 ha individuato, nell'ambito degli obiettivi strategici e generali del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, quali linee prioritarie costituenti obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per il cui perseguimento le Regioni elaborano specifici progetti, ai sensi dell'art. 1, comma 34 bis della legge 662/96, lo sviluppo della politica dei livelli essenziali di assistenza, le cure primarie, la rete integrata dei servizi sanitari e sociali con particolare riferimento alla non autosufficienza, i centri di eccellenza, la comunicazione istituzionale, con particolare riferimento alle attività di prevenzione;

-il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005, in particolare tra i **DIECI PROGETTI PER LA STRATEGIA DEL CAMBIAMENTO** ha individuato, al punto.2.2 la *promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili*, da affrontare con nuovi mezzi e strategie, quali *sfide per il Servizio Sanitario Nazionale per "...soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e caratterizzata da nuove modalità di erogazione basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro, considerato che le categorie di malati interessate a questo modello di assistenza sono sempre più numerosi, anziani non autosufficienti o affetti da patologie della vecchiaia in forma grave, disabili, malati afflitti da dipendenze gravi, malati terminali"*;

-che lo stesso Piano al richiamato punto 2.2 ha precisato pertanto che ".....è indispensabile che la continuità delle cure sia garantita tramite la presa in carico del paziente da parte dei Servizi e delle Istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, divenendo a tale scopo nodi di una rete di assistenza nella quale viene garantita al paziente l'integrazione dei Servizi sociali e sanitari, nonché la continuità assistenziale nel passaggio da un nodo all'altro...";

-che pertanto ha affermato al richiamato punto 2.2 che " la gestione dei Servizi in rete comporta che le Aziende Sanitarie Locali e i Comuni individuino le forme organizzative più adatte affinché le prestazioni sanitarie e sociali siano disponibili per il paziente in modo integrato";

RILEVATO che strategica è anche l'attivazione di un coordinamento tra le strutture sanitarie a diverse intensità di diagnosi e cura con attenzione rivolta non solo alla non autosufficienza ma anche ai bisogni di soggetti affetti da patologie cronico - degenerative; pertanto la linea progettuale sub 3), per l'anno 2004, è riferita alla " Rete integrata dei servizi sanitari e sociali";

- che le Regioni, qualora non abbiano già deliberato progetti a valenza pluriennale nell'anno 2003, dovranno predisporre e deliberare per l'anno 2004 i progetti di cui al presente accordo, che dovranno essere redatti secondo lo schema indicativo di cui all'allegato 1 e sulla base delle





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

indicazioni progettuali in cui si articola il presente accordo; che dovranno essere inviati al Ministero della salute entro il 30 ottobre 2004; che le Regioni che, invece abbiano deliberato programmi pluriennali, invieranno al Ministero solo il progetto previsto per l'anno 2004 armonizzato con le linee progettuali del presente accordo;

RILEVATO che le Regioni dovranno inviare unitamente agli anzidetti progetti per l'anno 2004, o unitamente al progetto previsto per il 2004, per i progetti già approvati nell'anno 2003, una relazione relativa alle attività progettuali svolte su ciascuna linea nell'anno 2003, al Ministero della salute;

-il Ministero della salute trasmetterà le relazioni delle Regioni al Tavolo di monitoraggio e verifica dei Livelli di Assistenza Sanitaria, di cui al punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001, istituito presso questa Conferenza, ai fini del monitoraggio dei progetti relativi all'anno 2003, così come convenuto con l'intesa espressa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 2 ottobre 2003 (Repertorio atti n. 1831);

tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano si conviene sui seguenti indirizzi progettuali per l'anno 2004:

Priorità 1 - Sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza

I progetti regionali in materia di sviluppo dei LEA non potranno prescindere dalla individuazione di concrete misure per l'applicazione dell'allegato 1 c al DPCM 29 novembre 2001 relativo all'area dell'integrazione socio-sanitaria. Dall'analisi dei provvedimenti regionali di attuazione del D.P.C.M. 29 novembre 2001, di definizione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria, emerge infatti ancora con chiarezza la difficoltà della gran parte delle regioni nell'applicare tali disposizioni.

Per quanto concerne in particolare l'area della residenzialità e semi-residenzialità per le diverse tipologie di soggetti ospiti (anziani non autosufficienti, disabili in fase post-acuta e affetti da disabilità stabilizzate, malati in fase terminale, soggetti con problemi psichiatrici, tossicodipendenti) le criticità evidenziate sembrano da attribuire principalmente al fatto che, in numerose regioni, non è stato attivato un flusso informativo corrente che consenta di disporre, a cadenza regolare, dei dati indispensabili ad una corretta gestione del settore.

Pertanto i progetti regionali dovranno evidenziare eventuali strumenti di classificazione adottati anche per metterli a disposizione del "Progetto Mattoni", nonché le procedure utilizzate per la rilevazione e la trasmissione delle informazioni ai competenti organi aziendali e regionali. Inoltre i progetti dovranno tendere a favorire l'integrazione inter-istituzionale delle aziende sanitarie locali e degli Enti locali per la definizione di percorsi integrati di assistenza socio-sanitaria a favore dei soggetti fragili, tramite l'elaborazione dei percorsi condivisi.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Per quanto attiene alle liste di attesa si rileva la necessità che i progetti regionali siano finalizzati ad implementare l'appropriatezza e il governo della domanda, da mettere in relazione, per i tempi e per i modi, con una ragionevole valutazione dell'urgenza della prestazione richiesta.

A tal fine, nell'ambito della propria attività progettuale, le Regioni si dovranno impegnare ad un aggiornamento della programmazione regionale in materia già avviata ai sensi del D. Lgs. 124/98 e a seguito di quanto stabilito dagli accordi Stato Regioni del 14 febbraio 2002 e dell'11 luglio 2002, ai quali dovrà essere data puntuale attuazione.

Le Regioni dovranno altresì assicurare, tramite la propria progettualità,

- la partecipazione della totalità delle aziende sanitarie alle iniziative di rilevazione dei tempi d'attesa e di monitoraggio già poste in essere dal Ministero della Salute e dalla Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali;
- la regolamentazione delle attività di sospensione delle prenotazioni di un servizio, che dovrà essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, dovrà avvenire per gravi o eccezionali motivi, con l'esclusione del motivo di eccessiva lunghezza della lista, seguendo procedure formalmente approvate dalle direzioni aziendali, previa consultazione dei rappresentanti degli utenti e con l'approvazione del direttore sanitario;

Le Regioni dovranno inoltre con i progetti per il 2004 dare avvio ad attività che conducano a:

- maggiore diffusione ed efficacia dei Centri Unici di Prenotazione (CUP);
- utilizzo di *overbooking* (sovra-prenotazione), concordato con i professionisti erogatori, da calcolarsi sulla media dei prenotati non presentati;
- sensibilizzazione dei cittadini alla disdetta della prenotazione in caso decidano o non possano usufruire della prestazione, con attuazione di procedure semplificate per le disdette;
- pulizia delle liste, con particolare riferimento alle prestazioni ad alta complessità/costo.
- Porre in essere attività di validazione dei dati rilevati per il monitoraggio delle liste d'attesa.

Priorità 2 - Cure Primarie

Il sistema delle cure primarie richiede in particolare una parziale rimodulazione organizzativa, che scaturisce da una parte dall'accentuarsi delle problematiche inerenti la sostenibilità economica del sistema sanitario, e dall'altra dalle nuova ed accresciuta domanda di salute, a cui bisogna fornire una risposta sanitaria e sociale efficace ed appropriata per un pieno utilizzo delle risorse a tutela di equità, eguaglianza e compatibilità del sistema. Si rende necessaria una integrazione tra i professionisti impegnati nella *primary care* che serva soprattutto a garantire ai cittadini servizi più efficienti, in grado di risolvere il problema della frammentarietà delle cure e dell'assistenza, di realizzare una unitarietà di approccio ai loro bisogni, che produca in definitiva una maggiore qualità del servizio sanitario nazionale e di quelli regionali.

L'accordo del 24 luglio, proprio per quanto riguarda le Cure Primarie, evidenzia la necessità di una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale, potenziando e riorganizzando l'offerta di prestazioni sul territorio, riservando l'assistenza ospedaliera sempre più alle patologie acute, modificando il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale, a favore del territorio che deve caratterizzarsi come soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

e si fa carico in modo unitario e continuativo delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini. L'assistenza territoriale deve così prevedere un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nel governo dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali, anche attraverso forme evolutive delle varie tipologie di medicina associativa e di gruppo prefigurate dagli accordi nazionali, costituite da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti territoriali che, in accordo con i relativi distretti socio sanitari, assicurino in via continuativa agli utenti le cure primarie, garantendo la continuità assistenziale e rapportandosi a specialisti che assicurino competenza nella diagnostica di base ed in alcune specialità.

Nell'anno 2003 le Regioni hanno espresso, nella maggior parte dei casi, un approccio di tipo generale al tema delle cure primarie e della loro integrazione.

Al fine di avviare il processo di costituzione delle nuove modalità di aggregazione dei medici di cure primarie, per l'anno 2004 il 25% delle risorse destinate alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, sono riservate alle Regioni per la priorità n. 2:

- Una quota per progetti destinati alle aree non urbane, ivi comprese le zone collinari o montuose ove sono scarsamente rappresentate alcune componenti professionali, e dove risultano difficilmente applicabili modelli ad elevata integrazione strutturale (sedi uniche), che prevedano una intensificazione della medicina associativa o di gruppo, tra le forme già previste dagli accordi collettivi vigenti, con valorizzazione delle potenzialità di strumenti quali la telemedicina e l'informatica medica, e con forte coinvolgimento della Continuità assistenziale, stante la frequenza lontana dai centri di primo soccorso e di emergenza;
- Una quota per progetti per le aree urbane, che prevedano la conferma e l'implementazione dei modelli aggregativi attuati dalle singole Regioni, coerenti con il contenuto degli indirizzi sotto indicati, che avviino o sviluppino il processo di graduale superamento dell'attuale organizzazione basata sugli studi individuali dei MMG e PLS, e della medicina individualistica basata sull'azione del singolo professionista (il quale, pur bravo ed appropriato, realizza il proprio intervento assistenziale in modo autonomo, se non slegato, rispetto agli altri professionisti, che di quello stesso soggetto devono occuparsi), ferma restando la visione complessiva del cittadino-paziente, da parte del medico di famiglia, permettendo:
 1. Integrazione tra MMG, PLS, MCA e specialisti ambulatoriali;
 2. Integrazione con i presidi e i servizi distrettuali;
 3. Raccordo con le iniziative già avviate in materia di budget di distretto.

L'integrazione di cui sopra è finalizzata ad ottenere:

- a) l'incremento dell'appropriatezza dell'accesso alle prestazioni specialistiche;
- b) la garanzia di una risposta ai bisogni sanitari afferenti alle cure primarie 24 ore su 24 per 7 giorni su 7;
- c) lo sviluppo e la qualificazione della continuità assistenziale;
- d) la presa in carico dei soggetti non autosufficienti eligibili al trattamento domiciliare;
- e) il monitoraggio informatizzato dei diabetici;
- f) la promozione della salute e la prevenzione.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Le Regioni che non hanno avviato modelli autonomi, potranno utilizzare, per sviluppare il proprio progetto di costituzione di presidi integrati per le cure primarie lo schema di cui all'allegato 2.

Priorità 3 - Rete integrata dei servizi sanitari e sociali

Fermo restando l'autonomia delle singole Regioni rispetto ai propri modelli organizzativi del Servizio Sanitario regionale, l'attivazione di collegamenti a rete dei servizi presenti sul territorio, la valutazione multidimensionale e multidisciplinare sono gli strumenti indispensabili per sviluppare un'assistenza di qualità alle persone non autosufficienti e ai soggetti affetti da patologie croniche.

Strategica è in tal senso l'attivazione di un coordinamento tra strutture sanitarie presenti sul territorio a diverse intensità di diagnosi e cura per garantire che il paziente cronico venga preso in carico e gestito così da ottenere in ogni momento la prestazione più appropriata, nel luogo più appropriato. In tal modo è possibile affrontare anche una grande distorsione dell'attuale modalità di diagnosi e cura delle patologie croniche più diffuse e, precisamente, quella cardiovascolare e quella oncologica.

Oggi, infatti, il paziente va incontro ad interventi diagnostici o terapeutici discreti, ovvero tra loro distinti e gestiti da personale diverso, a volte in strutture diverse; così, ad esempio, il paziente con dolore precordiale effettua una prima visita cardiologica presso un medico, a seguito della quale attende ed effettua una coronarografia in un'altra struttura o presso un altro servizio e, se del caso, si sottopone ad un intervento di emodinamica interventistica o di cardiocirurgia e, successivamente, ad un'altra serie di interventi di riabilitazione. Il paziente, in altri termini, non viene preso in carico e gestito da un unico medico, ma si sottopone ad interventi ripetuti e tra loro sconsiderati che allungano i tempi di diagnosi e cura da un lato, aumentano spesso il numero delle prestazioni effettuate e, quindi, causano inefficienze economiche e gestionali con allungamento dei tempi di diagnosi e cura e costi maggiori. Una delle ipotesi possibili potrebbe essere individuare un operatore sanitario che possa garantire la presa in carico del paziente e gli interventi necessari.

Anche nell'ambito dell'oncologia il problema è analogo, in quanto, tra i tempi dello *screening*, quelli del prelievo citologico, l'intervento correttivo e la riabilitazione si interpongono tempi ed inefficienze che ledono la salute del malato e comportano costi elevati al sistema.

La progettualità regionale, finalizzata alla presa in carico complessiva del paziente cronico o non autosufficiente deve:

- Enfatizzare il ruolo del medico di medicina generale e delle forme associative, quali primo dei nodi della rete integrata di assistenza socio-sanitaria, garantendo la presa in carico, da parte degli stessi, nell'ambito delle cure domiciliari, dei soggetti non autosufficienti, assicurando la partecipazione del MMG alla Unità di Valutazione Multidimensionale;
- Adottare un modello organizzativo di base per l'ADI, indirizzato alle diverse tipologie di beneficiari, dotato della flessibilità necessaria per l'adeguamento della risposta assistenziale ai bisogni specifici dei pazienti, secondo piani di assistenza multiprofessionale personalizzati;

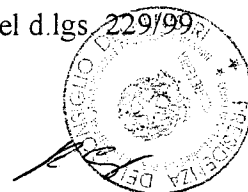




Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- Attivare a livello distrettuale la creazione di un punto unico di accesso all'intera rete di servizi, nell'ambito del programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 229/99 in accordo con gli Enti locali, organizzato in modo da garantire equità di accesso;
- Attivare presso il punto unico di accesso una funzione deputata ad indicare il cittadini e agli operatori i percorsi previsti per affrontare i bisogni socio sanitari secondo modalità unitarie ed integrate;
- Assicurare la valutazione multidisciplinare dei bisogni, la formulazione di un piano personalizzato di assistenza, la presa in carico globale e continuata nel tempo, l'accompagnamento del paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete e la presenza di un punto di riferimento costante per la famiglia, anche attraverso la previsione di un coordinatore di percorso clinico-assistenziale;
- Incrementare l'utilizzo di metodi di valutazione multidimensionali che garantiscano equità di assistenza e che analizzino non solo la gravità del quadro clinico e del grado di non autosufficienza ma anche le eventuali carenze socio-economiche;
- Implementare la rete integrata dei servizi ai soggetti fragili, dando particolare risalto ai collegamenti funzionali tra i nodi della rete stessa, al fine di modulare la risposta assistenziale in funzione del bisogno emergente, anche al fine di garantire la continuità delle cure;
- Prevedere la dimissione dall'ospedale nell'ambito del piano personalizzato di assistenza prevedendone anticipatamente la data presunta e valutandola in chiave multidimensionale tenendo conto delle aspettative della famiglia e della sostenibilità domiciliare dell'assistenza da attivare;
- Prevedere l'accessibilità alla rete non solo per i soggetti cronici-multiproblematici ma anche per coloro che necessitano di un periodo di tutela in fase post acuta, anche in seguito di trattamenti in regime di ospedalizzazione a ciclo diurno;
- Attivare il coordinamento a rete tra le strutture sanitarie a differente intensità di cura (ospedali di riferimento, poliambulatorio, strutture riabilitative, RSA, distretto, medicina di base, cure domiciliari), in modo che l'integrazione e la comunicazione tra queste strutture consenta una gestione ottimale del paziente, che si deve muovere all'interno della rete con i suoi dati, fermandosi nei nodi della rete a seconda del bisogno e della intensità di trattamento necessari;
- Semplificare le procedure per l'erogazione di farmaci, presidi ed ausili;
- Prevedere l'utilizzo di personale adeguatamente e specificatamente formato e motivato, in particolare per quanto riguarda la rete per le cure palliative;
- Attivare la verifica costante della qualità dell'assistenza erogata con riguardo a tutti i nodi della rete;
- Promuovere la definizione dei programmi delle attività territoriali distrettuali di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 229/99 e la loro successiva attuazione nelle realtà in cui non sono stati definiti;
- Verificare l'attuazione dei programmi delle attività territoriali distrettuali, lì dove presenti, in particolare per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni, di cui all'articolo 3 quinquies, lettera c) del d.lgs. 229/99.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Priorità 4 - Centri di eccellenza

Per i grandi ospedali i progetti prevederanno la dotazione di una struttura organizzativa di tipo dipartimentale.

Il riconoscimento dell'importanza dei dipartimenti ospedalieri, peraltro già prevista da norme precedenti, non si è esplicitata, in ambito ospedaliero, in una sufficiente implementazione della struttura di tipo Dipartimentale nelle sue varie accezioni. Le rilevazioni pur parziali delle esperienze finora condotte, indicano la necessità di una maggiore integrazione delle varie unità operative.

E' evidente quindi la necessità di un ulteriore approfondimento della funzione dei dipartimenti nella realtà ospedaliera, anche sulla base delle esperienze disponibili nel nostro Paese e del confronto con le esperienze disponibili negli altri Paesi dell'Unione Europea, diretta anche ad una più puntuale elaborazione di linee guida e di percorsi assistenziali comuni.

Questo comporta l'opportunità di arrivare ad una declinazione condivisa di criteri operativi per assicurare nell'ambito dei Dipartimenti ospedalieri la progressiva introduzione del governo clinico e dei suoi determinanti, con particolare riferimento alle linee guida, alla formazione continua, ai processi di miglioramento degli *outcomes* ed alla riduzione degli errori, attraverso la definizione di forme di partecipazione degli operatori sanitari.

Infine la diffusione del dipartimento ospedaliero nelle sue varie tipologie come strumento di indirizzo verso standard di qualità nel rispetto dei principi di appropriatezza, potrà consentire un miglior governo della spesa.

La progettualità regionale in materia dovrà dunque percorrere, anche al fine di garantire il governo clinico, inteso come la realizzazione di quelle operazioni misurabili e verificabili che consentono di ottenere il risultato di eccellenza in ognuna delle attività del dipartimento ospedaliero e di tutto quello che serve a garantire che le prestazioni erogate dal Dipartimento siano quelle della massima qualità possibile alla luce delle conoscenze e delle risorse impiegate, con il massimo beneficio dei pazienti e della qualità percepita dagli stessi, le seguenti linee:

- promuovere la ricognizione delle esperienze dipartimentali e favorire l'utilizzo di terminologie comuni;
- promuovere un'organizzazione dei Dipartimenti ospedalieri volta alla individuazione dei percorsi assistenziali e alla gestione dei relativi processi con l'integrazione dei diversi livelli di cura, con riferimento all'implementazione delle linee guida;
- promuovere meccanismi di formazione continua per tutte le figure professionali operanti nei Dipartimenti;
- promuovere l'adozione di modalità di valutazione degli *outcomes*;
- prevedere che i Dipartimenti promuovano sistemi di rilevazione degli errori e individuino le conseguenti azioni di contrasto;
- assicurare un coordinamento delle attività svolte nei diversi ambiti ospedalieri e nei diversi Dipartimenti;
- promuovere l'innovazione e la ricerca per lo sviluppo di nuove metodiche per il trattamento delle patologie;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- assicurare un piano strategico temporalmente cadenzato di respiro pluriennale dell'attività del Dipartimento;
- garantire la commisurazione delle risorse umane ed economiche agli obiettivi;
- prevedere una funzione amministrativa all'interno del Dipartimento;
- assicurare la massima autonomia e la piena valorizzazione del personale medico, garantendo nel contempo una gestione efficiente, ma valutata sui risultati senza inutili controlli di carattere meramente burocratico.

Priorità 5 - Comunicazione istituzionale

Piano di Prevenzione attiva

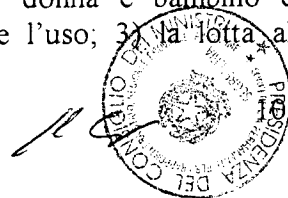
Gli sforzi finalizzati al potenziamento delle misure di prevenzione primaria, di diagnosi precoce e di educazione sanitaria, promossi attraverso più efficaci campagne di comunicazione istituzionale, le iniziative di contrasto al fumo, all'eccesso alimentare, all'alcolismo, alla droga, agli incidenti stradali, quelle dedicate alla prevenzione oncologica e alla prevenzione degli incidenti cardiovascolari costituiscono investimenti ad elevato ritorno sociale ed economico per il Paese.

Tutte le Istituzioni e tutte le componenti del Servizio Sanitario Nazionale devono impegnarsi in tale sforzo organizzativo, il quale deve, al fine di ottenere il risultato di ridurre l'insorgenza delle patologie e la conseguente riduzione dei costi sanitari, vedere l'azione congiunta dei medici di medicina generale e delle aziende sanitarie ed ospedaliere impegnati nell'individuazione dei cittadini target, i quali dovranno essere raggiunti da molteplici sollecitazioni e dovranno essere informati circa il risultato della loro partecipazione al programma di prevenzione (prevenzione attiva).

La prevenzione attiva, di cui all'allegato documento (Allegato 3) "Piano Nazionale di Prevenzione attiva 2004-2006", per il quale si ritiene di riservare il 20% delle risorse destinate alla realizzazione degli obiettivi di cui al presente documento, rappresenta un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale oppure a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del SSN impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria, e che si pone in un'ottica di promozione e di incremento della diffusione dei programmi di prevenzione e di adesione consapevole da parte dell'assistito arruolabile. Il ruolo attivo, anziché passivo, del cittadino sollecita i soggetti interessati i quali non trascurano, per disattenzione o disaffezione, le azioni necessarie ad ottimizzare gli interventi di diagnosi e cura.

Le aree di intervento possono essere:

- *il rischio cardiovascolare*: in considerazione che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte, e che le stesse riconoscono una molteplicità di fattori causali, genetici ed ambientali, tra i quali gli stili di vita non salutari, il piano di prevenzione in ambito cardiovascolare comprende 1) la comunicazione al pubblico ed ai medici con implementazione nella rete di assistenza primaria dell'utilizzo della carta del rischio e del conseguente *counselling* individualizzato; 2) la pianificazione di un'azione di un piano di contrasto al fumo, attivo e passivo, con particolare riferimento al rapporto tra fumo, donna e bambino e finalizzato ad evitare l'iniziazione al fumo e a ridurre ed eliminarne l'uso; 3) la lotta al





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

sovrappeso e all'obesità. L'obesità è cresciuta di quasi il 400% negli ultimi 25 anni e oggi pesa all'incirca come il fumo quale causa di morte prematura e per contrastarne l'epidemia è necessario una strategia globale che comprenda molteplici azioni, tra le quali la comunicazione al grande pubblico dei danni e dei rischi del sovrappeso e dell'obesità, al fine dell'acquisizione della capacità di assumere stili di vita salutari, il controllo della promozione dei cibi ai bambini, il miglioramento, in sede scolastica, della educazione sui cibi salutari, il controllo sulla messa a disposizione nella scuola di cibi e bevande ad alto contenuto calorico, l'incremento della politica del movimento fisico nella scuola e nella società, la predisposizione e gestione, da parte degli organi del SSN, di una pianificazione della prevenzione e del trattamento del sovrappeso e della obesità che preveda il coinvolgimento dei distretti, dei MMG, dei PLS, dei servizi di prevenzione, offrendo anche l'accesso a centri per il trattamento globale dell'obesità ed attivando campagne di *screening* del peso corporeo nelle scuole; 4) la prevenzione del diabete e delle sue complicanze, come sotto descritto più in dettaglio; 5) la prevenzione primaria e secondaria dell'ipertensione, focalizzata, tra l'altro, sul ruolo del sale nella genesi dell'ipertensione, sull'identificazione dei soggetti ipertesi mediante appositi registri, e l'organizzazione dell'attività di prevenzione attiva in ambito distrettuale; 6) prevenzione delle recidive del danno cardiovascolare (reinfarto, ictus, TIA);

- *le complicanze del diabete*: identificare i pazienti diabetici attraverso l'iscrizione in appositi registri, implementare programmi di disease management, mediante l'integrazione in rete di tutte le strutture territoriali di assistenza primaria e di prevenzione con i centri di riferimento per il diabete e le malattie metaboliche; organizzare la prevenzione attiva nell'ambito del distretto, enfatizzando il ruolo del MMG e del PLS, prevedendo anche una valutazione di efficacia,
- *gli screening oncologici*: pap test, mammografia, sangue occulto nelle feci): aumentare l'adesione degli assistiti arruolabili ai programmi di prevenzione secondaria, coinvolgendo in tale attività i medici di medicina generale;
- *le vaccinazioni*: garantire la piena copertura vaccinale per le vaccinazioni obbligatorie nel territorio regionale; incrementare la copertura per le vaccinazioni raccomandate, ivi compresa la vaccinazione antinfluenzale per le categorie a rischio; raccogliere sistematicamente i dati dell'avvenuta vaccinazione.

Il Segretario
Dr. Riccardo Carpino



Il Presidente
Sen. Prof. Enrico La Loggia



Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

ALLEGATO 1

ASSEGNAZIONE DELLE QUOTE VINCOLATE AGLI OBIETTIVI DI PSN 2003-2005. SCHEMA PER LA PRESENTAZIONE DEI PROGETTI DA PARTE DELLE REGIONI (anno 2004).

Regione proponente

Titolo del progetto

Linea progettuale nella quale il progetto si colloca

Referente (nome, struttura, indirizzo, telefono, fax, e-mail)

Durata del progetto (annuale, biennale, triennale)

Aspetti finanziari (NB dovrà essere previsto il budget assegnato a ciascuna linea progettuale)

Importo assegnato a valere su quota vincolata FSN 2004

Eventuale partecipazione della Regione al finanziamento

Spese stimate (per il personale, per beni e servizi, spese generali, totale)

Impianto progettuale:

Sintesi del contenuto del progetto

Contesto (motivazioni del progetto; ambito di intervento; criticità da superare; valenza sanitaria dei risultati ottenibili)

Obiettivi e risultati attesi (Obiettivo complessivo del programma, suddiviso in obiettivi specifici, intermedi e finali; risultati attesi e relativi indicatori)

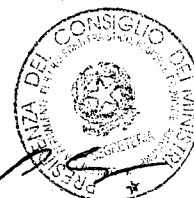
Strategia di comunicazione del progetto nei confronti di cittadini ed operatori

Articolazione del progetto (piano operativo del progetto, con la precisazione delle azioni e delle attività da svolgersi, tempi di svolgimento e soggetti coinvolti)

Metodologia per la verifica del progetto

Ministero della Salute valuterà i progetti, ai fini della proposta alla Conferenza Stato-Regioni per l'ammissione al finanziamento, in base a:

- corrispondenza del progetto agli obiettivi prioritari indicati dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003 e agli indirizzi del presente accordo;
- adeguatezza e congruenza tra gli obiettivi proposti e gli strumenti adottati per conseguirli;
- coerenza del piano progettuale e controllabilità dell'avanzamento in termini di obiettivi intermedi e finali.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

ALLEGATO 2

SCHEMA DI RIFERIMENTO PER LA COSTITUZIONE DI UNITA' TERRITORIALI DI ASSISTENZA PRIMARIA/UTAP

Definizione

Le UTAP sono presidi integrati per le cure primarie che prevedono l'associazione di più medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Specialisti convenzionati) che operino in una sede unica garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica consentendo il soddisfacimento della più comune domanda specialistica di elezione. Il processo di integrazione dei diversi attori coinvolti può avere carattere di gradualità, da modelli caratterizzati dalla collaborazione ed integrazione professionale di Medici di Famiglia, medici di Continuità Assistenziale, Pediatri di Base, a modelli con partecipazione aggiuntiva rispetto a quella di base, di specialisti di varie specialità di base, di medici della dirigenza medica territoriale e di personale dell'assistenza sanitaria infermieristica, fino a modelli socio-sanitari, che contemplino la presenza anche di operatori sociali e che strutturano l'intervento complesso delle ASL con gli Enti Locali per la risposta integrata al bisogno sociale a elevata rilevanza sanitaria.

Obiettivi

- Garantire la continuità delle cure, mediante la gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- realizzare un processo organizzativo che garantisce una efficace continuità assistenziale, la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati, la attivazione dei percorsi assistenziali;
- contribuire a realizzare un riequilibrio fra ospedale e territorio propedeutico ad una redistribuzione delle risorse, basata sull'individuazione del livello di assistenza e della sede per l'erogazione della prestazione appropriata in considerazione dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché dei principi etici, avendo come obiettivo il benessere del cittadino;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, PLS, MCA, Specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto;
- prevedere a livello distrettuale un'organizzazione che consenta l'attivazione e la gestione di una valutazione multidisciplinare, con la partecipazione del medico di base, dei pazienti affetti da particolari patologie, e la successiva realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati ed integrati;
- garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico di base, che rappresentano il primo dei poli della rete integrata di assistenza Socio Sanitaria;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità da parte dei cittadini dei servizi e delle attività territoriali prevedendo da parte dei medici la fruibilità di spazi comuni, potendo utilizzare in via sperimentale la riconversione di piccoli ospedali in strutture territoriali;
- utilizzare gli strumenti della telemedicina nelle località disagiate e nelle isole minori per la gestione del paziente;
- nelle aree metropolitane, dotarsi di supporti tecnologici ed informativi atti a collegare tra loro i professionisti dell'UTAP, a consentire la condivisione delle informazioni, ad integrare i medici con il territorio, con l'ospedale e con gli attori del sociale;
- Rapportarsi con il distretto, con l'ospedale e gli altri poli della rete integrata.
- diventare il punto di riferimento dell'assistenza territoriale. Intercettare la domanda, soddisfarla per quanto è possibile, governarne successivi eventuali percorsi sanitari e sociali, in un'ottica di appropriatezza.

Aspetti generali

La popolazione servita costituisce l'elemento di riferimento per la costituzione delle UTAP.

Vanno considerate in modo diverso il numero di assistiti in presenza di zone ad alta o bassa densità di popolazione;

Le UTAP possono essere, indicativamente, da 4 a 6 ogni 100.000 abitanti. Ciascuna UTAP deve comprendere un congruo numero di M.M.G. (ad esempio da 6 a 8), la figura del P.L.S., un numero di specialisti in ragione delle esigenze (Liste di attesa), un numero di MCA idoneo a contribuire ad assicurare la disponibilità del medico così come più sotto descritta, un numero di infermieri, personale di studio e amministrativo di collaborazione adeguato alle attività previste. La sede è unica e comprende i locali idonei per gli studi dei M.M.G., per l'attività specialistica, per la continuità assistenziale, per il personale infermieristico, per il personale di studio e per la sosta di attesa dei pazienti, per funzioni di pronto soccorso di base e di medicazione, nonché per ogni altra eventuali attività prevista.

Disponibilità e funzioni dei medici

- Le UTAP garantiscono la continuità assistenziale 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. In tale ambito dovrà essere garantito il concetto più ampio di presa in carico dell'utente, e dovranno essere definiti funzioni, relazioni e compiti delle diverse figure convenzionate impegnate, partendo dalla valorizzazione dei servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
- l'insieme dei medici che operano nelle UTAP individuano un referente.
- i medici UTAP organizzano la presenza in modo da garantire unitariamente la capacità di assistenza continua in ragione delle esigenze specifiche di ogni territorio.
- il personale non medico garantisce il supporto sanitario e organizzativo all'attività e agli obiettivi-UTAP.
- L'UTAP promuove e gestisce in concreto, in rapporto alle esigenze, con gli altri poli della rete integrata l'assistenza domiciliare.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

- L'UTAP orienta l'attività di assistenza primaria in un'ottica di promozione della salute, della qualità della vita di prevenzione e di appropriatezza delle prestazioni.

Attrezzature

Le attrezzature comprendono mezzi informatici collegati in rete all'interno e all'esterno con tutte le strutture operanti in zona e con i presidi ospedalieri delle ULSS di riferimento per consentire:

- la messa in rete di tutti le UTAP con l'Azienda Sanitaria anche per rendere possibile la realizzazione di progetti regionali o aziendali di area preventiva o epidemiologica;
- collegamento al CUP, ove presente;
- possibilità di ricezione dei referti laboratoristici e specialistici;
- possibilità di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti per le comunicazioni successive con il medico curante.

Inoltre dovranno essere presenti le attrezzature necessarie per lo svolgimento delle eventuali attività, per esempio, di esecuzione di esami laboratoristici di routine, di elettrocardiografia, di ecografia, ove previste, e per lo svolgimento del pronto soccorso di base.

Per prestazioni di maggior complessità e per bacini più ampi l'UTAP sarà strettamente collegata secondo percorsi preferenziali con i poliambulatori territoriali e ospedalieri.

Rapporti con gli altri poli della rete integrata.

L'UTAP è la struttura primaria nel territorio che intercetta il fabbisogno, lo soddisfa per quanto è possibile e governa i successivi percorsi sociali e sanitari.

L'UTAP dialoga con il distretto sanitario di riferimento, con l'ospedale, con gli altri poli della rete integrata, con il responsabile del territorio nella direzione dell'Azienda Sanitaria.

Il ruolo degli specialisti

Un meccanismo facilitato di accesso alle prestazioni specialistiche, rappresenterebbe un notevole interesse da parte dei medici e dei cittadini alla realizzazione dell'UTAP.

Il numero e la quantità di attività nelle UTAP è strettamente legata al fabbisogno dei rispettivi territori (liste di attesa) e alle risorse potenziali presenti nelle UTAP.

E' inoltre ipotizzabile in ragione delle singole realtà organizzare l'attività specialistica nelle diverse UTAP per specifiche specialità con ambulatori dedicati per patologia in modo trasversale.

Gli interventi specialistici potranno essere garantiti, in presenza di protocolli di valutazione di appropriatezza delle richieste, anche attraverso un sistema di canali dedicati che semplifichino gli accessi e le attese. L'erogazione delle prestazioni potrebbe avvenire nello studio dell'equipe (modelli strutturali) o nello studio dello specialista (modello funzionale). Il modello strutturale offre la possibilità di creare modelli di fiducia tra cittadini e medico specialista.

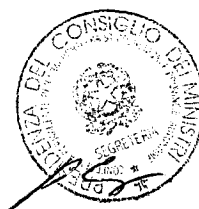


ALLEGATO 3

**PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA
2004-2006**

**Documento allegato alla dichiarazione congiunta Ministero della salute- Assessori regionali
alla sanità nell'ambito dei lavori del Forum Sanità Futura
Cernobbio 6 aprile 2004**

6



PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA

2004-2006

Indice del documento

1. Inquadramento programmatico-istituzionale	1
2. Definizione di prevenzione attiva	1
3. Il contesto di riferimento - aree di intervento	2
3.1 Rischio cardiovascolare	2
3.2 Complicanze del diabete	2
3.3 Screenings oncologici	3
3.4 Vaccinazioni	3
4. Obiettivi	4
5. Impianto organizzativo e sistema informativo	6
5.1 Il processo di riferimento	6
5.2 Il sistema informativo	7
6. Piano operativo	7
6.1 Modalità attuative	7
6.2 Modalità di finanziamento	7
6.3 Modalità di erogazione dei fondi	8
6.4 Tempi previsti	8
7. Risultati attesi	8



1. Inquadramento programmatico – istituzionale

Il Piano Sanitario Nazionale in vari punti ha affrontato il tema della prevenzione; viene infatti dedicata una apposita sezione agli stili di vita salutari e posta in evidenza l'importanza di sottoporsi a periodici controlli e test di screening. Il nuovo Programma di Azione Comunitario nel settore della sanità pubblica 2003-2008, entrato in vigore nel mese di settembre 2002, individua, tra le aree orizzontali d'azione comunitaria, la prevenzione sanitaria e la promozione della salute.

Anche a livello dell'attività e degli impegni del Servizio Sanitario, viene sottolineata la necessità di muoversi nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e di comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria.

Le Regioni rivestono un ruolo centrale nella traduzione degli obiettivi nazionali nei rispettivi contesti: dal punto di vista organizzativo, promuovendo la piena operatività dei Dipartimenti di Prevenzione e più in generale di ASL ed Aziende Ospedaliere, da quello programmatico, prevedendo obiettivi di prevenzione specifici, per i quali individuare tempi e modi di realizzazione effettiva ed indicatori di processo e di risultato.

Il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi che costituiscono l'ossatura del patto sociale, ma non ha trovato fino ad oggi attuazione sufficiente. Nella nuova visione, esso costituisce un obiettivo prioritario. Pertanto è indispensabile, garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, concordati fra Stato e Regioni, assicurare un'efficace prevenzione sanitaria e diffondere la cultura della promozione della salute.

Con l'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 24 luglio 2003 sono state individuate 5 linee prioritarie per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale:

- 1) lo sviluppo della politica dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- 2) le cure primarie;
- 3) la rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza;
- 4) i Centri di eccellenza;
- 5) la comunicazione istituzionale.

Anche all'interno di tali linee sono contenuti molteplici richiami ai temi della prevenzione primaria e secondaria. Inoltre, l'importanza di individuare anche per la prevenzione degli approcci condivisi è ritenuta prioritaria ed a tal scopo nell'identificazione dei fondamentali del Servizio Sanitario, i cosiddetti "mattoni", è stato individuato uno specifico sulla prevenzione cui questo Piano di prevenzione attiva si collega.

Con l'attuale documento ci si propone di focalizzare in maniera specifica e diretta l'attenzione su alcuni aspetti secondo un approccio che verrà qui definito di Prevenzione attiva.

2. Definizione di prevenzione attiva

La prevenzione attiva rappresenta un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Rispetto ai tradizionali interventi di prevenzione, largamente praticati nel nostro Paese da molti decenni ed improntati in molti casi all'obbligatorietà e controllo, la prevenzione attiva si pone in un'ottica di promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino.

Il ruolo attivo, anziché passivo, ha il vantaggio di sollecitare i soggetti interessati così da evitare che essi trascurino, per disattenzione o disaffezione le azioni necessarie ad ottimizzare gli interventi di diagnosi e cura.



In tale prospettiva, gli interventi preventivi e di sanità pubblica non attengono in modo esclusivo a singole strutture sanitarie o articolazioni organizzative, ma pervadono l'intero SSN, pur con diversi livelli di responsabilità ed operatività: a partire dai Dipartimenti di prevenzione, sono coinvolti i medici di assistenza primaria, come pure strutture ospedaliere e specialistiche ed anche servizi socio-sanitari.

Si tratta quindi di interventi di natura trasversale finalizzati ad incrementare la diffusione dei programmi e l'adesione degli assistiti arruolabili.

3. Il contesto di riferimento - aree di intervento

3.1 Rischio cardiovascolare Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 44% di tutti i decessi.

A fronte della gravità di tali dati epidemiologici, si riscontra nella popolazione una bassa percezione collettiva dell'incidenza del rischio cardiovascolare e poca informazione sui fattori che predispongono l'organismo ad ammalarsi.

Nelle malattie cardiovascolari non è individuabile una causa unica e la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica, inoltre, il rischio di andare incontro alla malattia ischemica di cuore e agli accidenti cardiovascolari. L'entità del rischio che ogni persona ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione dei fattori di rischio o meglio dalla combinazione dei loro livelli.

Il Piano nazionale di prevenzione attiva prevede l'utilizzazione della *carta per la valutazione del rischio cardiovascolare*, uno strumento semplice ed obiettivo per stimare la probabilità di andare incontro ad un primo evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus) negli anni successivi, conoscendo il valore dei fattori di rischio: sesso, diabete, abitudine al fumo, età, pressione arteriosa sistemica, colesterolemia e sovrappeso.

La carta, predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità, offre opzioni multiple alla gestione degli individui a rischio aumentato. Inoltre, la valutazione attraverso la carta rende obiettivo e più accurato il controllo dell'assistito da parte del medico, anche in tempi successivi, e permette di valutare il rapporto costo/beneficio delle azioni di prevenzione intraprese.

La carta, quindi, agevola il controllo da parte dei medici dei fattori di rischio dei loro assistiti.

3.2 Complicanze del diabete Il diabete è una malattia con un elevato impatto sociale e alti costi sanitari.

In Italia, secondo uno studio recente sono diabetici il 9 per cento degli uomini e il 6 per cento delle donne, mentre sono a rischio, in quanto intolleranti al glucosio, il 9 per cento degli uomini e il 5 per cento delle donne.

Per quanto riguarda i trattamenti, il 62 per cento degli uomini diabetici in Italia non segue alcun trattamento farmacologico, il 24 per cento non è trattato in modo adeguato (il valore della glicemia rimane superiore a 126 mg/dl) e solo il 14 per cento riceve trattamenti adeguati. Tra le donne, il 56 per cento non è sottoposto ad alcun trattamento farmacologico, il 31 per cento non è trattato in modo adeguato e solo il 13 per cento riceve trattamenti adeguati.

Il diabete è una condizione cronica, senza cura risolutiva ma se non viene trattato adeguatamente, può comportare numerose complicanze sia nel breve che nel lungo periodo; in particolare, per quanto riguarda le conseguenze a lungo termine, il diabete causa diverse complicanze invalidanti che coinvolgono principalmente il sistema cardiovascolare, la retina, i reni, il sistema nervoso periferico.

L'adozione di programmi di "disease management" si è rivelata efficace nella prevenzione delle complicanze del diabete. Per disease management si intende una nuova strategia di gestione delle malattie croniche, ed in particolare del diabete, che prevede i seguenti elementi peculiari:



- partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto del paziente, svolti a livello della rete primaria di assistenza;
- attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente;
- attivazione di un sistema di monitoraggio, su base informatizzata.

3.3 Screenings oncologici

Ogni anno in Italia si registrano circa 270 mila nuovi casi di tumore e circa 150 mila sono i decessi. Il cancro costituisce la seconda causa di morte nel nostro Paese e l'incidenza di queste patologie è in costante aumento, con una elevata differenza di incidenza e di mortalità fra Nord e Sud.

Lo screening rappresenta una delle aree strategiche della prevenzione del cancro. E' necessario che le strutture sanitarie siano sufficientemente organizzate per una corretta esecuzione dello screening, per una tempestiva gestione dei soggetti positivi e per il monitoraggio della qualità delle procedure di diagnosi e cura e per la registrazione dei dati.

Lo screening incide direttamente sulla mortalità, in quanto consente la evidenziazione del tumore prima della manifestazione clinica della malattia.

Ad oggi le condizioni di efficacia sono accertate solo per lo screening del cancro della mammella e della cervice uterina, mentre una sufficiente evidenza è disponibile per lo screening dei tumori del colon-retto.

I dati raccolti dall'Osservatorio Nazionale per la Prevenzione dei Tumori Femminili indicano che in Italia sono stati avviati programmi di screening in molte regioni (anche se solo in alcune con programmi regionali) e raggiungono complessivamente la copertura di oltre il 30% e di oltre il 50% della popolazione target rispettivamente per lo screening mammografico e per lo screening citologico cervicovaginale (anno 2000).

Si rende pertanto necessaria una azione per assicurare che i programmi raggiungano tutta la popolazione a rischio, in quanto siamo ben lontani dalle percentuali di copertura raccomandate (almeno 70% per lo screening mammografico e 85% per quello cervicale).

In tal senso è orientata la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea sullo screening dei tumori:

- **pap test** – per individuare i precursori dei tumori del collo dell'utero nelle donne di età compresa tra 25 e 64 anni (frequenza biennale);
- **mammografia** – per individuare tumori del seno nelle donne di età compresa tra i 50 e 69 anni (frequenza biennale);
- **sangue occulto nelle feci** – per i tumori colonrettali negli uomini e nelle donne di età compresa tra i 50 e i 74 anni (frequenza biennale).

Per ottenere vantaggi per la popolazione e per la sanità pubblica lo screening deve prevedere programmi organizzati con garanzie di qualità a tutti i livelli, ampia partecipazione e copertura nonché un alto livello di conformità.

3.4 Vaccinazioni

In Italia le 256 ASL offrono, attraverso i loro servizi, circa 10 vaccinazioni sia alla coorte annuale dei 500.000 nuovi nati che ad almeno un milione di bambini in seconde dosi e richiami ogni anno. A queste si aggiunge una stima di 500.000 vaccinazioni degli adulti per speciali categorie ed almeno 10 milioni di anziani rappresentanti gruppi a rischio per la vaccinazione antinfluenzale.

Per le vaccinazioni obbligatorie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B) la copertura vaccinale è elevata mentre per le vaccinazioni raccomandate (pertosse, morbillo, parotite, rosolia, infezione di Haemophilus influenzae di tipo B e infezione pneumococciche) si assiste ad una copertura differenziata per le varie Regioni e, nel complesso ancora inadeguata.



4. Obiettivi

Le strategie operative individuate si prefiggono lo scopo di raggiungere, attraverso una strutturata opera di promozione della salute la massima adesione della popolazione candidabile ai diversi programmi di prevenzione in particolare per le seguenti aree:

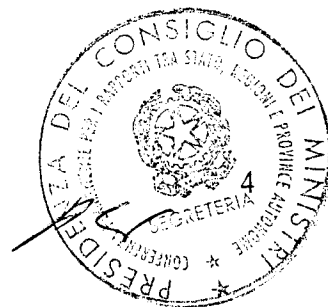
- rischio cardiovascolare
- complicanze del diabete
- screenings oncologici
- vaccinazioni.

Il Piano di prevenzione attiva si propone di individuare gli strumenti applicabili in modo trasversale ai diversi programmi di prevenzione specifici, allo scopo di migliorarne l'efficacia in termini di adesione (compliance) degli assistiti. Non vengono invece prese in considerazione dal Piano le modalità esecutive dei singoli programmi di prevenzione.

Tale obiettivo generale può quindi essere così declinato per i diversi specifici programmi di prevenzione affrontati:

- ✓ *rischio cardiovascolare*: implementare nella rete di assistenza primaria l'utilizzo della carta del rischio ed il conseguente counseling individualizzato;
- ✓ *complicanze del diabete*:
 - identificare i pazienti diabetici attraverso l'iscrizione in appositi registri;
 - implementare, attraverso l'integrazione in rete di tutte le strutture territoriali della prevenzione e dell'assistenza primaria ed i Centri Antidiabete, programmi di disease management per i pazienti iscritti;
- ✓ *screening oncologici*: incrementare l'adesione degli assistiti arruolabili ai diversi programmi di prevenzione secondaria previsti dalle raccomandazioni dell'Unione Europea, attraverso il coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale nell'attività di promozione, secondo quanto previsto dal Ddl 2701 di conversione in legge del DL n. 10/2004;
- ✓ *Vaccinazione*:
 - garantire la piena copertura vaccinale delle vaccinazioni obbligatorie in modo uniforme nelle diverse regioni;
 - migliorare la copertura delle vaccinazioni raccomandate, compresa la vaccinazione antinfluenzale per le categorie a rischio;
 - raccogliere sistematicamente i dati dell'avvenuta registrazione.

Nello schema che segue vengono riportati le categorie interessate, le tipologie di intervento e gli obiettivi specifici dei programmi di prevenzione previsti dal Piano.



PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE ATTIVA

Area	Popolazione target	Tipologia interventi	Obiettivi	Risultati attesi (°)
Rischio Cardiovascolare	Soggetti di età 40 - 69 anni	<i>Prevenzione primaria/secondaria:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Carta del rischio cardiovascolare 	<ul style="list-style-type: none"> • Somministrazione estesa della carta del rischio da parte dei MMG • <u>Registrazione dei dati</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione rischio disabilità, riduzione morbosità e mortalità • miglioramento della qualità della vita
Complicanze diabete: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema cardiovascolare ▪ Retina ▪ Reni ▪ Sistema nervoso periferico 	Soggetti diabetici	<i>Disease management:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adeguata gestione terapeutica ▪ Periodici controlli per diagnosi tempestiva delle complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione di programmi di disease management centrati sulle Unità Territoriali di Assistenza Primaria • <u>Centralizzazione della gestione informatica di comunicazione e registrazione nelle ASL</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre i tassi di ospedalizzazione, • Ridurre i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione arti), di nefropatie e patologie cardiovascolari • miglioramento della qualità della vita
Screening oncologici	Per sesso e per specifiche fasce di età, in base al tipo di screening	<i>Prevenzione secondaria:</i> <p>Screening:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pap test, ▪ mammografia ▪ sangue occulto nelle feci 	<ul style="list-style-type: none"> • Migliorare compliance del programma di screening della popolazione target • <u>Centralizzazione della gestione informatica di comunicazione e registrazione nelle ASL</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre il tasso di mortalità • Presa in carico soggetti affetti per approfondimento diagnostico e terapia
Vaccinazioni <ul style="list-style-type: none"> ▪ obbligatorie ▪ raccomandate ▪ antinfluenzale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Età pediatrica ▪ > 64 anni 	<i>Prevenzione primaria:</i> <p>Campagna di vaccinazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raggiungimento di appropriata copertura della popolazione target 	Riduzione incidenza, prevalenza e mortalità per patologie infettive e loro complicanze

Il risultato di salute ha ovvie ripercussioni economiche sotto forma di risparmio delle prestazioni per le patologie conclamate.



5. Impianto organizzativo e sistema informativo

L'aspetto peculiare dei programmi di prevenzione attiva, consiste nella capacità dei diversi attori del sistema sanitario di operare in modo integrato, mantenendo l'assistito al centro del sistema: si tratta quindi di adottare un approccio organizzativo basato sul processo (in cui ogni soggetto partecipa alla realizzazione di un comune obiettivo) piuttosto che sulla rigida suddivisione di competenze.

L'azione di offerta attiva deve poter contare infatti su solide radici nel tessuto sanitario territoriale in cui si opera. In particolare tale connotazione richiede la capacità di interlocuzione anche con gruppi, associazioni, istituzioni educative a vario titolo presenti ed operanti nel territorio, nonché la capacità, da parte delle strutture territoriali della prevenzione e dell'assistenza primaria di stabilire rapporti permanenti con i medici di medicina generale (MMG) e con i pediatri di libera scelta (PLS): ciò al fine di garantire percorsi agevoli e completi, in special modo a chi si trova in condizioni di svantaggio sociale. La partecipazione diretta alle attività di prevenzione attiva dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS) è elemento di rilievo del progetto. Essi infatti rappresentano il punto di riferimento costante per i loro assistiti nei vari programmi di prevenzione:

- ✓ svolgendo un'azione informativa di promozione della salute agli assistiti;
- ✓ fornendo servizi di risk assessment e di counseling individuali ai propri assistiti, seguendo i protocolli previsti dai diversi programmi di prevenzione;
- ✓ garantendo la tempestiva presa in carico dei pazienti nei casi in cui il programma di prevenzione porti alla diagnosi precoce di una condizione patologica.

Ogni Regione, tenuto conto del proprio modello organizzativo, prevede che in ogni Azienda sia garantita una funzione di coordinamento delle attività di prevenzione attiva che garantisca il coinvolgimento di tutti gli attori compresi i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

5.1 Il processo di riferimento

Nello schema che segue, il processo di prevenzione attiva viene suddiviso nelle principali attività di cui è costituito e che, seppure con le dovute differenziazioni, possono considerarsi comuni ad ogni programma di prevenzione specifica affrontato dal Piano.

Attività	Descrizioni
Identificazione della popolazione bersaglio	Sulla base di dati demografici ed anagrafici disponibili (età, sesso, residenza, esenzioni) vengono selezionati assistiti candidabili a programmi di prevenzione attiva
Programmazione e organizzazione dell'offerta sanitaria	In funzione del numero di pazienti arruolati e delle prestazioni previste dallo screening, predisposizione, (convenzionamenti con MMG o con strutture sanitarie) della capacità di offerta adeguata per lo svolgimento dello screening
Reclutamento pazienti	Attività volte alla comunicazione agli assistiti arruolabili e di promozione della salute della possibilità di usufruire degli interventi previsti dal programma di prevenzione attiva
Esecuzione delle specifiche tipologie di intervento	Attività di prenotazione, esecuzione e registrazione degli interventi previsti da ogni piano di prevenzione specifico
Verifica copertura e azioni di incentivazione assistiti	Segnalazione ai MMG dei pazienti arruolati che non hanno effettuato lo screening. Azioni di promozione/sollecito (vaccinazioni obbligatorie) verso l'assistito
Monitoraggio regionale/nazionale	Valutazione outcome



5.2 Sistema informativo

Al fine di garantire la diffusione delle attività di prevenzione attiva tra soggetti istituzionali, il progetto prevede la realizzazione di uno strumento integrato che connetta le strutture territoriali del Servizio Sanitario Nazionale con le Regioni e l'Amministrazione centrale, che contempli funzionalità operative di comunicazione e di formazione nonché l'accesso a banche dati orientate alla condivisione multidisciplinare delle informazioni.

Le modalità della cooperazione seguono il modello architeturale del NSIS, attraverso la definizione di servizi e di un *protocollo* comune secondo quanto previsto dal piano di e-government.

6. Piano Operativo

Per quanto concerne le modalità ed i tempi di attuazione del Piano nazionale di prevenzione attiva, si prevede la predisposizione dei programmi informatici a livello centrale o regionale anche con risorse del Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie.

6.1-Modalità attuative

L'attuazione del Piano prevede le seguenti fasi:

1. definizione del modello di riferimento per la prevenzione attiva. Tale fase sviluppa nel dettaglio le attività previste individuando i soggetti coinvolti in ogni programma specifico, i loro ruoli, le relazioni fra questi;
2. definizione di linee guida per lo sviluppo di sistemi informativi adeguati al modello di riferimento, specificandone requisiti funzionali, di architettura e le possibili modalità di fornitura;
3. il finanziamento dei progetti;
4. la valutazione dei risultati;
5. il monitoraggio nell'attuazione dei progetti.

6.2-Modalità di finanziamento

L'attuazione del Piano di prevenzione attiva richiede la finalizzazione di specifiche risorse finanziarie nelle seguenti aree:

1. realizzazione ed implementazione (compresi gli interventi di supporto alla revisione dell'organizzazione dei dipartimenti e alla formazione del personale) presso ogni dipartimento dei sistemi informativi dedicati alla gestione dei programmi di prevenzione, da integrare con i sistemi informativi già in uso presso le ASL e gli altri soggetti interessati;
 2. attivazione sperimentale presso Centri antidiabetici e gruppi associati di medici di base, di sistemi informativi di disease management per la prevenzione delle complicanze del diabete;
 3. incentivazione dei medici di base e dei pediatri di libera scelta affinché partecipino attivamente ai programmi di prevenzione nelle modalità individuate dal presente Piano;
 4. potenziamento ed ammodernamento della capacità delle strutture sanitarie di erogare le prestazioni previste dagli screening oncologici.
- Ai fini della realizzazione dei sistemi informativi, è prevista l'erogazione di parte dei fondi necessari a cura del Consiglio dei Ministri per la società dell'informazione (5 milioni di euro per il 2004). La corretta quantificazione delle risorse economiche, stimate complessivamente in



circa 50 milioni di Euro in tre anni, potrà essere individuata al termine delle fasi di definizione di dettaglio del modello di riferimento e delle linee guida del sistema informativo.

- Per quanto riguarda infine il potenziamento della rete dell'offerta di prestazioni degli screening oncologici, si farà riferimento alle risorse previste per la prevenzione secondaria dei tumori dal Ddl 2701 di conversione in legge del Dl n.10/2004 (10 milioni di euro per il 2004; 20,975 milioni di euro per il 2005; 21,2 milioni di euro per il 2006).

6.3-Modalità di erogazione dei fondi

I fondi verranno erogati nel rispetto di quanto previsto dalle specifiche norme che sostengono le linee di finanziamento sopra previste.

6.4-Tempi previsti

E' prevedibile che la realizzazione del Piano possa essere portata a termine entro 3 anni.

7. Risultati attesi

I **vantaggi** che si attendono dall'attuazione del Piano sono:

- **un miglior risultato di salute per i singoli e per la popolazione, in termini di riduzione di incidenza, prevalenza e di mortalità delle patologie in questione.**

In particolare, vengono individuati i risultati attesi per ogni area di prevenzione individuata dal Piano:

Rischio cardiovascolare

- riduzione dell'impatto sociale delle malattie cardiovascolari,
- prevenzione del rischio di disabilità nei cardiopatici anziani,
- riduzione della morbilità e della mortalità.

Complicanze del diabete:

- riduzione dei tassi di ospedalizzazione,
- riduzione dei tassi di menomazione permanente (cecità, amputazione degli arti), di nefropatie e patologie cardiovascolari.

Screenings oncologici:

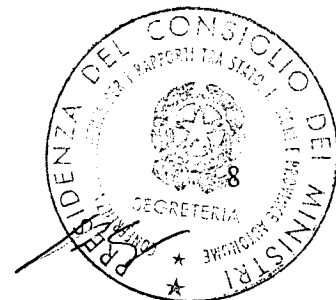
- riduzione del tasso di mortalità,
- incentivazione e disponibilità dell'approfondimento diagnostico, con particolare attenzione alla popolazione anziana,
- presa in carico dei soggetti affetti (trovati positivi).

Vaccinazioni

- Riduzione incidenza, prevalenza e mortalità per patologie infettive e loro complicanze;

- **risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale che potrà essere determinato in base alla misura degli outcomes del Piano.**

Roma, 6 aprile 2004





Allegato A

29/7/04
C. 29/7/04
12



CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

**DOCUMENTO DI EMENDAMENTI ALL'ACCORDO SUGLI INDIRIZZI
PROGETTUALI PER LE REGIONI PER L'ANNO 2004 PER
L'ELABORAZIONE DEGLI SPECIFICI PROGETTI AI SENSI DELL'ART. 1,
COMMA 34BIS DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1996, N. 662, NELL'AMBITO
DELLE CINQUE LINEE PRIORITARIE INDIVIDUATE DALL'ACCORDO
STATO-REGIONI DEL 24 LUGLIO 2003 (REP. ATTI 1812)**

Punto 9) O.d.g. Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome esprimere avviso favorevole alla stipula dell'Accordo con l'accoglimento dei seguenti emendamenti:

A pag. 3 del documento sostituire il secondo e terzo paragrafo del "Rilevato" con i seguenti:

"- le Regioni, qualora non abbiano già deliberato progetti a valenza pluriennale nel 2003, dovranno predisporre e deliberare per l'anno 2004 i progetti di cui al presente accordo, che dovranno essere redatti secondo lo schema indicativo di cui all'allegato 1, e sulla base delle indicazioni progettuali in cui si articola il presente accordo, che dovranno essere inviati al Ministero della salute entro il 30 ottobre 2004. Le Regioni che, invece abbiano deliberato programmi pluriennali invieranno al Ministero solo il progetto previsto per l'anno 2004 armonizzato con le linee progettuali del presente accordo."

"- Le Regioni dovranno inviare unitamente agli anzidetti progetti per l'anno 2004, o unitamente al progetto previsto per il 2004 per i progetti già approvati nel 2003" una relazione relativa alle attività progettuali svolte su ciascuna linea nell'anno 2003, al Ministero della salute."

Roma, 29 luglio 2004