

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Rep. Atti n. 126/CSR del 30 luglio 2015

Oggetto: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014.

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

VISTO l'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 recante "Definizione e ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle Regioni, delle Province e dei Comuni, con la Conferenza Stato – città ed autonomie locali";

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

VISTO il comma 34 bis dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, come modificato dall'art. 79 comma 1-quater del decreto legge 25 giugno 2008 n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-bis, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n.64, il quale prevede l'elaborazione da parte delle Regioni di specifici progetti per il perseguimento degli obiettivi di cui al citato comma 34 sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e approvate tramite accordo da questa Conferenza e individua le modalità di ammissione al finanziamento e quelle di erogazione dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna Regione;

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

VISTO il D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito con legge 8 novembre 2012 n. 189 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute";

VISTO l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli Enti locali sul documento "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza" (Rep. n. 44/CU del 5 maggio 2011)

VISTO l'Accordo sancito da questa Conferenza nella seduta del 20 febbraio 2014 (Rep. Atti 13/CSR) con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro - Anni 2011-2013" (Rep. 21/CSR del 10 febbraio 2011);

VISTA l'Intesa sancita da questa Conferenza il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti 27/CSR) sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario Nazionale per l'anno 2013;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016 (Rep. 82/CSR del 10 luglio 2014) (di seguito Patto della Salute) che all'art. 1 co. 5 recita: *“Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano possono utilizzare la quota complessiva annua spettante a valere sul riparto della quota vincolata degli obiettivi di carattere prioritario del Piano sanitario nazionale per la realizzazione di alcune o tutte le linee progettuali proposte dal Ministero della Salute ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ad integrazione delle risorse ordinariamente preordinate a tali aree di attività. Le regioni impegnate nei Piani di rientro individuano le linee progettuali da realizzare, in coerenza con gli obiettivi dei Programmi operativi approvati. Resta comunque inteso che dette quote, così come il finanziamento di cui al comma 1, non possono essere destinate a finalità extrasanitarie. Si conviene che le risorse vincolate assegnate alle Regioni siano utilizzate non solo per gli obiettivi di piano ma anche per gli obiettivi prioritari definiti nell'ambito del presente Patto per la salute, purché dedicati e finalizzati al miglioramento dell'erogazione dei Lea”*.

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

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il

“Documento tecnico di indirizzo per ridurre il burden del cancro – Anni 2014-2016”;
(Rep. 144/CSR del 30 ottobre 2014)

VISTA l’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della Salute concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione 2014-2018 (Rep. 15/CSR del 13 novembre 2014)

VISTA l’Intesa rep. Atti n. 172/CSR del 4 dicembre 2014 della Conferenza Stato Regioni sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale per l’anno 2014 ;

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

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, ai sensi dell’articolo 2, lettera b, del citato decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nei seguenti termini:

PREMESSO CHE :

- occorre fare riferimento PSN relativo al triennio 2006-2008, approvato con il D.P.R. 7 aprile 2006;
- il PSN 2006-2008 nell’individuare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute, ne dispone il conseguimento nel rispetto dell’intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto. Rep. 2271), ai sensi dell’articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale (di seguito SSN);
- il predetto PSN, nell’ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità territoriali, impegna Stato e Regioni all’individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e qualità dei servizi. Tali strategie possono declinarsi, tramite l’adozione di linee di indirizzo concordate, in programmi attuativi specifici per la promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini;
- il recente Patto per la salute per gli anni 2014-2016 sottolinea esplicitamente la necessità di una rivisitazione a tutti i livelli dell’intero sistema della sanità, sia sotto il profilo organizzativo che sotto quello gestionale, con il chiaro obiettivo di aumentarne l’efficienza in modo da creare ulteriori spazi economici da utilizzare per i necessari investimenti

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

1. per l'anno 2014, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui agli allegati **A** e **B** del presente accordo;
2. a seguito della stipula del presente accordo e dell'intesa relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate alla realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2014, espressa nella Conferenza Stato-Regioni del 4 dicembre 2014, in applicazione dell'articolo 1, comma 34 *bis* della legge 23 dicembre 1996 n. 662, come modificato dal comma 1-*quater* dell'art. 79 decreto legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008 n. 133, e dall'art. 3-bis, del decreto legge 8 aprile 2013, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 giugno 2013, n.64, alle Regioni verrà erogato, da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, a titolo di acconto il 70 per cento delle risorse;
3. al fine dell'erogazione della quota residua del 30 per cento, le Regioni dovranno presentare con Delibera di Giunta regionale o atto equivalente, entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, al Ministero della salute specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati nel presente accordo;
4. nella delibera o atto equivalente dovrà essere contenuta anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali, nonché, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità (allegato A parte II Accordo rep. atti n. 227/CSR del 22/11/2012), una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni;
5. per ciascuna linea progettuale ogni Regione potrà presentare un **unico specifico progetto** che dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzii:
 - a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - c) i costi connessi;
 - d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
6. ad eccezioni delle linee progettuali con risorse destinate (*Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica; Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione*) alla Regione non è richiesto di presentare progetti per tutte le restanti linee progettuali;
7. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa

Conferenza su proposta del Ministero della Salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 della citata intesa del 23 marzo 2005 ;

8. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 3) ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

**Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.
Anno 2014**

1) Linea progettuale:

Attività di assistenza primaria

Premessa

Il sistema di welfare italiano si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità, legati in gran parte, da un lato alla crisi economica e alla riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali, e dall'altro alle profonde trasformazioni demografiche e sociali, caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione, dai mutamenti della struttura delle famiglie nonché dalla dinamica migratoria che, seppure attenuata dalla crisi continua a risultare, come avviene da oltre un ventennio, positiva. In tale scenario per sviluppare un servizio sanitario sostenibile, diviene necessario aggiornare e potenziare il modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario in modo da renderlo più vicino alle persone e ai nuovi bisogni di salute che essi esprimono. In particolare, in quest'ultimo decennio le scelte di politica sanitaria sono state orientate alla riorganizzazione delle attività assistenziali territoriali attraverso l'individuazione di modelli organizzativi basati sull'integrazione professionale e la partecipazione di pazienti e famiglie che ha visto da un lato il cambiamento del ruolo dell'ospedale, divenuto sempre più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute e dall'altro il potenziamento del sistema delle Cure Primarie che rappresenta l'interfaccia tra la popolazione e il SSN.

In tale processo di profonda riorganizzazione dell'assistenza territoriale, il Medico di Medicina Generale (MMG) ed il Pediatra di Libera Scelta (PLS) rivestono un ruolo centrale e attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio consentono lo sviluppo di forme assistenziali in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Ciò consente, inoltre, la messa a punto di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e i cittadini che divengono pertanto soggetti attivi nelle scelte e nella produzione della propria salute, favorendo il passaggio dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute e alla responsabilizzazione delle persone nel proprio percorso di cura.

La recente normativa (d. l. 158/12 convertito con modificazioni dalla legge 189/2012 – c.d. decreto Balduzzi) ha rappresentato, a tale proposito, un ulteriore balzo in avanti prevedendo di accelerare il percorso di attivazione di forme organizzative monoprofessionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT) e multiprofessionali (Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP) nell'ottica di una più stretta complementarietà con le strutture ospedaliere, con i distretti, con le organizzazioni socio-assistenziali. Ciò al fine di garantire la presa in carico globale della persona all'interno di

percorsi diagnostico-assistenziali predefiniti e su indicatori di processo che consentano la valutazione dei relativi esiti.

Un ulteriore impulso in tal senso è stato altresì fornito anche dal recente Patto per la Salute (rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014) il cui obiettivo è rendere il sistema sanitario sostenibile di fronte alle nuove sfide tra le quali l'invecchiamento della popolazione, l'arrivo dei nuovi farmaci sempre più efficaci ma costosi, la medicina personalizzata

Aree prioritarie di intervento

Quanto sopra premesso ed in continuità con le indicazioni dell'allegato A – parte I dell'Accordo 22 febbraio 2014 (Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2013), che si ripropongono integralmente anche per il 2014, le Regioni hanno facoltà di elaborare e presentare un progetto avente ad oggetto lo svolgimento di interventi finalizzati all'attuazione dell'art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016 nei seguenti ambiti:

a) attivazione/implementazione di forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e multiprofessionali denominate Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) quali forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (c. 2, art. 1, d. l. 158/12 convertito con modificazioni dalla legge 189/2012) per l'erogazione delle Cure Primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto, secondo un modello tipo coerente con i contenuti degli Accordi Collettivi Nazionali e definito dalle Regioni al fine di garantire uniformità assistenziale.

Gli obiettivi fondamentali delle UCCP e delle AFT sono:

- Assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali (medicina generale, assistenza infermieristica, attività territoriale ambulatoriale e domiciliare, attività specialistica, servizi di supporto);
- Garantire la continuità delle cure mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata e il continuo aggiornamento della scheda individuale informatizzata e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- Garantire la continuità d'accesso all'assistenza territoriale per tutto l'arco della giornata per tutti i giorni della settimana (H 24), avvalendosi dei professionisti del ruolo unico della medicina Generale;
- Garantire l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi (PDTA) e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionata e la rete distrettuale ed ospedaliera anche al fine di garantire la continuità dell'assistenza nelle tre declinazioni: relazionale, gestionale ed informativa;

b) Favorire, con specifici atti di indirizzo la medicina di iniziativa, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché all'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della conicità;

c) Favorire le iniziative di continuità ospedale-territorio anche attraverso l'individuazione di strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera (Ospedali di Comunità/presidi territoriali) al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati e i percorsi di

deospedalizzazione, garantendo una omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il territorio nazionale. Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

2) Linea progettuale:

Sviluppo dei processi di umanizzazione all'interno dei percorsi assistenziali

Premessa

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

Obiettivi e strategie

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

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

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

Aree prioritarie di intervento

Le Regioni hanno facoltà di predisporre un progetto regionale annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di almeno una attività in tema di formazione del personale e una attività in tema di cambiamento organizzativo, indirizzato prioritariamente nelle segue aree assistenziali:

- Area critica
 - Pediatria
 - Comunicazione
 - Oncologia
 - Assistenza domiciliare
- Individuazione di criteri regionali omogenei e condivisi per l'efficace conduzione delle azioni di monitoraggio della qualità percepita.
 - Individuazione a livello regionale di un set minimo di obiettivi informativi e formativi cui improntare le iniziative divulgative e formative rivolte agli operatori e ai care giver.
 - Implementare i requisiti di umanizzazione previsti nella sezione 8 dell'Intesa Stato-Regioni del 2012, sulla revisione dell'accreditamento.

3) Linea progettuale:

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

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

Premessa

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

di coordinamento sono quelle previste nell'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16/12/2010.

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

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

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

Gli interventi di équipe specialistiche multiprofessionali dedicate, sono rivolti a malati con bisogni complessi, per i quali gli interventi di base sono inadeguati; richiedono un elevato livello di competenza e modalità di lavoro interdisciplinare. In relazione al livello di complessità, legato anche all'instabilità clinica e ai sintomi di difficile controllo, vanno garantite la continuità assistenziale, interventi programmati ed articolati sui sette giorni, definiti dal progetto di assistenza individuale.

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

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

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

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

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

1. analisi comparativa dell'offerta regionale di assistenza palliativa domiciliare rispetto ai contenuti dell'Intesa del 25 luglio 2012;
2. definizione dei percorsi di accreditamento regionale degli erogatori/fornitori di assistenza domiciliare palliativa;
3. accreditamento regionale degli erogatori;
4. definizione di procedure di valutazione e controllo atte a garantire il corretto accesso alle cure palliative domiciliari per pazienti non oncologici;
5. definizione di un piano di formazione e di aggiornamento del personale sanitario nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliative di base e specialistica;
6. definizione di percorsi formativi/informativi atti a sollecitare l'empowerment dei familiari/pazienti.

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

4) Linea progettuale:

Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione

L'Intesa Stato - Regioni del 10 luglio 2014, concernente il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016, all'articolo 17, comma 1, conferma per gli anni 2014 - 2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1, comma 1 del Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n. 662 e successive integrazioni.

L' articolo 17, al comma 2, stabilisce anche che il 5 per mille della sopra citata quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione venga destinato ad una linea progettuale per lo svolgimento delle attività di supporto al Piano Nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio Nazionale Screening, Evidence-based prevention, Associazione Italiana registri Tumori.

Obiettivo prioritario: “ Piano nazionale della prevenzione”

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) approvato con l’ Intesa Stato Regioni del 13/11/14 prevede all’articolo 1, comma 2 che le Regioni recepiscano con apposita Delibera, il Piano Nazionale della prevenzione 2014-18 disponendo :

- di applicare nell’elaborazione del proprio PRP la visione, i principi, le priorità, la struttura del PNP
- la preliminare individuazione dei programmi regionali, il più possibile integrati e trasversali rispetto ad obiettivi e azioni, con i quali si intende dare attuazione a tutti i macro-obiettivi e a tutti gli obiettivi centrali;
- la definizione degli elementi – contesto, profilo di salute, trend dei fenomeni, continuità con quanto conseguito nel precedente Piano Regionale della Prevenzione funzionali ai programmi regionali individuati

Pertanto, ai fini dell’attuazione di quanto previsto dal presente accordo sulle linee progettuali attuative degli obiettivi di Piano sanitario Nazionale, e tenuto conto di quanto stabilito dall’art 17 del Patto per la salute 2014-16, il processo valutativo, tiene conto di quanto previsto nel sopra citato articolo 1, comma 2.

Obiettivo prioritario: “Supporto al Piano nazionale della prevenzione”

Premessa

Il Piano nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 si inserisce in un processo già consolidato di definizione degli aspetti operativi connessi alla funzione di “supporto” al Piano medesimo, sia dal punto di vista del livello centrale di governo sia da quello delle Regioni.

Elementi alla base di questa funzione di supporto sono:

- la riflessione sistematica sul modello di governance più appropriato, sulla base dell’assetto istituzionale conseguente alla riforma del Titolo V della Costituzione, per il conseguimento degli obiettivi di salute a favore della popolazione italiana;
- le indicazioni, ampiamente riprese dal PNP 2014 -18 (così come anche dai precedenti) a svolgere questa azione di supporto relativamente:
- al mettere a fianco delle Regioni le migliori competenze scientifiche, unitamente a competenze di progettazione e supporto alla programmazione;
- al promuovere l’approfondimento e la diffusione della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP), con lo sforzo di attingere dalle conoscenze di evidence based prevention per un concreto utilizzo nei piani operativi regionali;
- alla definizione, diffusione e promozione dell’utilizzo di dati epidemiologici organizzati (in particolare mediante il coordinamento Registri Tumori);
- alla valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (per esempio negli screening) come strumento per la riprogrammazione.

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

- Osservatorio Nazionale Screening (ONS)

- Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)
- Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)

Gli obiettivi generali della linea progettuale consistono nel supportare l'attuazione del PNP mediante il sostegno al funzionamento dei tre network. Il rafforzamento operativo dei network va quindi inteso come fattore determinante del supporto al PNP, per le tematiche di rispettiva competenza.

Osservatorio Nazionale Screening (ONS):organizzazione e funzioni

Il network è composto dai coordinamenti screening di ogni Regione ma le funzioni nazionali si basano su centri esperti che sono: la Regione Toscana (ISPO), Piemonte (CPO), Veneto (IOL), Emilia Romagna (Assessorato), Lombardia (Assessorato). La struttura di coordinamento centrale è presso l'ISPO della Regione Toscana.

I compiti e le funzioni dell' Osservatorio - sono:

- a) supporto scientifico alla pianificazione nazionale e alla programmazione regionale e supporto al miglioramento della qualità dei programmi di screening mediante il monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale;
- b) attività di formazione di alto livello in ambito regionale e nazionale;
- c) attività di site-visits (visite di verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale);
- d) promozione della ricerca in ambito di screening;
- e) sviluppo della qualità dell'informazione e della comunicazione e rendicontazione dei risultati

Network Italiano Evidence-based Prevention (NIEBP)

Il NIEBP ha lo scopo di mettere a punto metodologie e strumenti di intervento finalizzati a introdurre all'interno dei servizi e della comunità degli operatori di Sanità Pubblica una cultura e una pratica basata sulle prove di efficacia.

In particolare, sono identificati i seguenti compiti:

- a) Sviluppare metodologie dirette alla migliore valutazione dell'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica.
- b) Sviluppare strumenti (revisioni sistematiche, studi ad hoc ecc) per fornire a policy-maker e operatori le prove di efficacia e di impatto relative agli interventi e programmi di prevenzione.

Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM)

L'AIRTUM è nata con l'intento di coordinare le attività dei Registri tumori già presenti in Italia. Essa supporta l'attuazione della pianificazione nazionale e regionale; inoltre svolge un'attività di raccordo metodologico tra i vari registri, sostiene direttamente la ricerca e la produzione editoriale. E' collegata alle corrispondenti associazioni in altri paesi a livello europeo e mondiale.

Attualmente fanno parte del network 40 Registri Tumori (che hanno superato il processo di accreditamento tecnico-professionale all'eccellenza) appartenenti a 16 Regioni. L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) della Regione Toscana assicura

il supporto amministrativo al funzionamento dell'AIRTUM, assumendone il coordinamento organizzativo.

Sulla base delle strategie di sviluppo e potenziamento messe in atto sono stati identificati i seguenti compiti:

- a) Costituire una Banca Dati nazionale per calcolare i principali indicatori di frequenza dei tumori in Italia con l'apporto delle informazioni raccolte dai registri tumori accreditati.
- b) Valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento).
- c) Incentivare, promuovere e sostenere studi e ricerche.
- d) Svolgere attività editoriali e di diffusione di pubblicazioni periodiche e librerie a carattere culturale, basate sull'uso della Banca dati nazionale.
- e) Organizzare: corsi rivolti soprattutto alla formazione del personale dei Registri tumori; la raccolta di fondi e materiale per promuovere e sostenere studi e ricerche; seminari e convegni.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, alle Regioni è richiesta la presentazione di un progetto dettagliato nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzato ad adottare iniziative di collaborazione con Osservatorio nazionale screening, AIRTUM, con NIEPB per svolgere le seguenti attività, modulate secondo i bisogni della singola Regione:

1. con Osservatorio nazionale screening:
 - programmazione regionale
 - monitoraggio e la valutazione dei programmi attivati a livello regionale per il miglioramento della qualità dei programmi di screening
 - attività di formazione;
 - verifica della qualità dell'erogazione a livello aziendale);
 - promozione della ricerca applicata in ambito di screening;
 - migliorare la qualità dell'informazione, della comunicazione e rendicontazione dei risultati
2. con AIRTUM :
 - raccolta e conferimento alla Banca Dati nazionale dei dati regionali, al fine di calcolare i principali indicatori epidemiologici e di impatto.
 - Valutare in modo continuativo la qualità dei dati raccolti dai Registri Tumori associati (accreditamento).
 - attività di formazione.
 - implementazione di Registri Tumori dove non ancora operanti e programmati dalla Regione.
3. con NIEPB
 - supporto alla redazione dei Piani Regionali di prevenzione
 - eventuali integrazioni di ricerca delle evidenze per specifiche esigenze regionali

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

Nell'ambito del vincolo di 240 milioni di euro, le Regioni destineranno il 5 per mille delle risorse assegnate ai fini dello svolgimento delle attività dell'obiettivo prioritario "Supporto al Piano Nazionale della Prevenzione".

5) Linea progettuale:

Gestione della cronicità

Modelli avanzati di gestione delle malattie croniche

Premessa

Nel corso degli ultimi anni si è consolidata, anche in Italia, la consapevolezza che, per affrontare la cronicità e quindi contrastare la storia naturale della malattia, è necessario lo sviluppo di nuove modalità assistenziali basate sull'integrazione dei professionisti e dei servizi nella definizione e gestione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e centrati sui bisogni della persona. Per la loro concreta individuazione si può fare riferimento a diversi modelli teorici: Disease Management, Chronic care model (CCM), Clinical Governance, modalità organizzative del lavoro in rete che cercano di superare l'impropria contrapposizione tra due componenti di uno stesso sistema unitario (ospedale - territorio) individuando degli strumenti utili per favorire al massimo le loro potenzialità.

L'obiettivo è, dunque, quello di organizzare una rete che, tenendo conto delle realtà locali, integri i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti e gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza (infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, ...) nella condivisione di scelte terapeutiche basate sulla EBM (obiettivi di salute, prestazioni, terapia, ecc.) e nella promozione dell'empowerment del paziente per ottenere una maggiore adesione ai piani di cura.

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

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

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

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

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

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

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

1. le risorse della comunità, intesa come partecipazione del volontariato e della famiglia;
2. le organizzazioni sanitarie finalizzate alla gestione integrata con l'adozione di percorsi assistenziali;
3. il supporto all'autocura della persona attraverso l'educazione terapeutica;
4. l'organizzazione del team multidisciplinare e multiprofessionale;
5. l'utilizzo di buone pratiche assistenziali basate sulla migliore evidenza scientifica disponibile;
6. l'utilizzo di sistemi informativi;
7. la centralità del paziente.

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

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

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

La gestione della cronicità e la continuità dell'assistenza si avvalgono fortemente del contributo dell'ICT per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure. In particolare, nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività, anche ai fini della gestione della cronicità.

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

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare progetti dettagliati nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzati a:

- garantire la continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri;
- perseguire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS e specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto, finalizzato anche alla riduzione degli accessi impropri al ricovero ospedaliero;
- garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali;
- creare una rete tra le strutture specialistiche valorizzando le diverse e specifiche competenze;
- adottare e mettere in pratica raccomandazioni nazionali per la definizione di PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali) condivisi con le Associazioni di persone con cronicità, nel rispetto di un uso appropriato delle risorse;
- gestire l'ingresso di ogni persona con patologia cronica nel PDTA al quale partecipano tutti gli attori coinvolti con un impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia, con l'utilizzo di indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- garantire un'adeguata formazione con percorsi di accreditamento del personale medico e non destinato alla gestione della persona con cronicità;
- costruire banche dati, in cui confluiscono dati amministrativi e clinici per la valutazione dei risultati clinici e organizzativi e della qualità dell'assistenza;
- educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.
- identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie;
- sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico
- individuare modelli di analisi e strumenti condivisi di rilevazione e monitoraggio dell'efficacia dell'empowerment del paziente;
- adottare procedure che favoriscano l'adesione alle prescrizioni mediche, con particolare riferimento all'aderenza alla terapia farmacologica in caso di trattamenti farmacologici multipli (politerapie);
- sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medicale, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme).

Assistenza alle persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza

Premessa

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

Le persone non autosufficienti sono coloro che hanno subito la perdita permanente, totale o parziale, delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, alla quale consegue l'incapacità di svolgere le azioni essenziali della vita quotidiana a meno che non

siano aiutate da altri. Con il termine di “fragilità” si definisce una condizione di salute instabile e precaria, anche per la presenza di pluripatologie, che può rapidamente deteriorarsi a causa di eventi stressanti, fisici o psicologici e trasformarsi in non-autosufficienza.

Per rispondere alla complessità dei loro bisogni, il servizio sanitario si è organizzato per offrire un’assistenza incentrata sempre più su un accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari, sulla valutazione delle specifiche esigenze sanitarie e sociosanitarie della persona e sulla individuazione di percorsi diagnostici-terapeutici che sappiano rispondere adeguatamente, anche tenendo conto delle condizioni socio-ambientali di provenienza. Centrale, a tale proposito, è il momento della valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona.

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

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

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

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

L’introduzione della Telemedicina come modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori, riducendo i rischi legati a complicità, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l’uso delle risorse disponibili.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare progetti dettagliati nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzati a:

- garantire la continuità assistenziale della persona fragile o non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei punti unici di accesso (PUA) presso i servizi territoriali
- favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale, particolarmente indicati nella definizione dei bisogni di assistenza sanitaria e bisogni assistenziali delle persone fragili e non autosufficienti;
- favorire il coinvolgimento del medico di medicina generale nel percorso di cura;
- potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata da parte dei servizi, anche attraverso l'utilizzo di modalità innovative quali la teleconsulenza, il teleconsulto e la teleassistenza;
- garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali, incluse le Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP), extraospedaliere, nonché incrementare l'offerta di posti letto laddove risulta tuttora carente e in linea con gli impegni assunti per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- verificare la corrispondenza, sotto il profilo dell'intensità assistenziale, tra i bisogni riabilitativi delle persone inserite in strutture territoriali e la tipologia di trattamento di cui usufruiscono;
- effettuare, attraverso metodologie riproducibili, rilevazioni dei costi dell'assistenza residenziale in strutture per persone non autosufficienti, articolate per livelli di intensità, utili alla determinazione di tariffe di riferimento;
- implementare attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, cura e gestione della non autosufficienza e della fragilità nei suoi aspetti clinico-assistenziali.

6) Linea progettuale:

Reti oncologiche

Premessa

L'intesa Stato-Regioni del 30 ottobre 2014 concernente il "Documento di indirizzo per ridurre il burden del cancro" ha prorogato al 31 dicembre 2016 la validità dell'Intesa Stato regioni datata 10 febbraio 2011 - riguardante l'approvazione del Documento Tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro per gli anni 2011-2013 - ed ha confermato il processo di pianificazione nazionale per l'oncologia e il rafforzamento dell'azione delle Regioni e del Ministero della Salute nella lotta contro il cancro.

Con la finalità di dare seguito alle indicazioni dell'Intesa del 2011, con la suddetta intesa del 2014 è stato anche approvato il documento " Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali".

Obiettivo prioritario: “Costituzione di reti oncologiche regionali”

L’Intesa Stato-Regioni stipulata il 10 febbraio 2011– il cosiddetto “Piano oncologico nazionale” prevedeva, all’art 2, che, al fine di consentire a Regioni e Province Autonome di utilizzare al meglio le indicazioni programmatiche del citato Documento Tecnico, Ministero della Salute e Regioni si impegnassero a redigere un documento di linee-guida per lo sviluppo delle reti oncologiche, con contenuti sia tecnico-scientifici che organizzativi, basati sull’analisi delle evidenze e delle buone pratiche. Le esigenze di una specifica focalizzazione sulle reti oncologiche è motivata dal fatto che l’Oncologia si configura come una disciplina che presenta particolari caratteristiche in termini assistenziali. Infatti, in buona parte, è “generica” di tipo territoriale (educazione sanitaria, prevenzione primaria, prevenzione secondaria, ospedale a domicilio, follow up, terminalità), in parte è specialistica di tipo ospedaliero (diagnosi e cura primaria, adiuvante, avanzata, integrata) ed in parte contiene un’area importante di ricerca. Nell’attuare il predetto mandato, con l’Intesa 30 ottobre 2014 è stato approvato il documento “ Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali”(di seguito Guida), che ha inteso assumere un’ottica allargata, rispettosa dell’autonomia organizzativa delle varie Regioni, al fine di identificare gli elementi costitutivi (obiettivi e criteri di attuazione) di una rete costo-efficace comuni a qualsivoglia modello organizzativo ritenuto dalle Regioni più idoneo al proprio contesto. Inoltre, le indicazioni di obiettivi e criteri per la creazione di reti, contenute nella Guida, siano pure differenziate nel merito dei modelli organizzativi deliberati dalle singole Regioni, intendono favorire un approccio coerente a livello nazionale. La Guida prevede, poi, espressamente che articolazioni specifiche siano opportune per alcuni casi definiti, in particolare per la creazione di breast units e per la rete dei tumori rari.

Aree prioritarie di intervento

Tutto quanto sopra premesso, le Regioni hanno facoltà di presentare un progetto dettagliato nei tempi, nei costi, nei risultati attesi e nei meccanismi di verifica finalizzato ad adottare iniziative di implementazione o miglioramento delle reti oncologiche regionali, modulate secondo i bisogni della singola Regione; tale progetto dovrà riguardare:

- il perseguimento di tutti gli obiettivi specifici identificati nella Guida per la costituzione di reti oncologiche regionali di cui all’Intesa del 30 ottobre 2014.
- il rispetto dei criteri identificati dalla medesima Guida per i progetti di implementazione e/o adeguamento della rete oncologica

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

ALLEGATO B

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2014

Vincoli sulle risorse destinate alle linee progettuali

REGIONI	Popolazione riparto 2014 (al 31.12.2013)	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Somma disponibile	Linea progettuale: Cure Palliative e terapia del dolore. Sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica.	Linea progettuale: Piano Nazionale Prevenzione e supporto al Piano Nazionale Prevenzione
PIEMONTE	4.436.798	4.436.798	110.656.207	116.020.559	8.203.092	19.687.421
VAL D'AOSTA	128.591		-	-	-	-
LOMBARDIA	9.973.397	9.973.397	248.742.061	260.800.491	18.439.580	44.254.992
BOLZANO	515.714		-	-	-	-
TRENTO	536.237		-	-	-	-
VENETO	4.926.818	4.926.818	122.877.578	128.834.393	9.109.078	21.861.788
FRIULI	1.229.363		-	-	-	-
LIGURIA	1.591.939	1.591.939	39.703.843	41.628.592	2.943.299	7.063.917
EMILIA R.	4.446.354	4.446.354	110.894.539	116.270.445	8.220.760	19.729.823
TOSCANA	3.750.511	3.750.511	93.539.828	98.074.418	6.934.232	16.642.157
UMBRIA	896.742	896.742	22.365.244	23.449.458	1.657.965	3.979.117
MARCHE	1.553.138	1.553.138	38.736.125	40.613.961	2.871.560	6.891.745
LAZIO	5.870.451	5.870.451	146.412.309	153.510.033	10.853.739	26.048.974
ABRUZZO	1.333.939	1.333.939	33.269.180	34.881.991	2.466.289	5.919.093
MOLISE	314.725	314.725	7.849.416	8.229.938	581.888	1.396.530
CAMPANIA	5.869.965	5.869.965	146.400.188	153.497.324	10.852.841	26.046.818
PUGLIA	4.090.266	4.090.266	102.013.506	106.958.881	7.562.397	18.149.753
BASILICATA	578.391	578.391	14.425.393	15.124.702	1.069.374	2.566.497
CALABRIA	1.980.533	1.980.533	49.395.593	51.790.175	3.661.761	8.788.227
SICILIA (*)	5.094.937	5.094.937	127.070.559	64.666.208	4.572.145	10.973.149
SARDEGNA	1.663.859		-	-		
TOTALE	60.782.668	56.708.904	1.414.351.568	1.414.351.568	100.000.000	240.000.000

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sulla somma disponibile. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla Regione Siciliana ammonta a 62.404.352 euro, mentre la quota a carico dello Stato ammonta a 64.666.208 euro.