



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministero della salute sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'articolo 1, commi 34 e 34bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2013.

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

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

Nella odierna seduta del 20 febbraio 2014:

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE :

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

SI CONVIENE TRA LE PARTI CHE:

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

1. Nella Delibera dovrà essere contenuta anche specifica relazione illustrativa dei risultati raggiunti, per singolo progetto, nell'anno precedente e degli stati di avanzamento per i progetti pluriennali; ciascun progetto, inoltre, dovrà essere corredato da un prospetto che evidenzi:
 - a) gli obiettivi qualitativi e quantitativi che si intendono conseguire;
 - b) i tempi entro i quali tali obiettivi si ritengono raggiungibili;
 - c) i costi connessi, fermo restando che il raggiungimento degli obiettivi non potrà comportare ulteriori oneri connessi all'acquisizione di risorse umane aggiuntive;
 - d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
2. all'erogazione del 30 per cento residuo si provvederà, nei confronti delle singole Regioni, a seguito dell'approvazione dei progetti da parte di questa Conferenza su proposta del Ministero della salute, previa valutazione favorevole del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 della citata Intesa del 23 marzo 2005 e, per quanto attiene alla linea progettuale relativa alle misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità, verrà redatto un rapporto sugli interventi proposti e, successivamente, una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni;
3. nel caso in cui i progetti non vengano presentati nel termine di cui al punto 4) ovvero non vengano approvati in quanto carenti di uno o più elementi essenziali di cui ai punti precedenti, non si farà luogo all'erogazione della quota residua del 30 per cento e si provvederà al recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

IL SEGRETARIO
Roberto G. Marino

IL PRESIDENTE
Graziano Delrio

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

Anno 2013

1) Linea progettuale:

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

Premessa

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

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

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

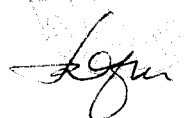
Pertanto, nell'ottica di spostare il baricentro del SSN dall'ospedale al territorio e dalla malattia alla persona, diviene sempre più urgente ed ineludibile un ulteriore balzo in avanti rispetto a quanto finora realizzato in coerenza con le indicazioni contenute nell'allegato A- parte I- dell'accordo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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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



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

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

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

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

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

Farmacia dei servizi

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

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

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

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Arete prioritarie di intervento

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

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

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



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

Premessa

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

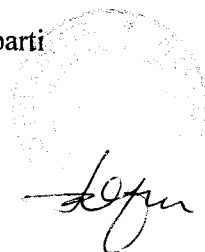
- **accessibilità** delle cure: il percorso di presa in carico sia attivato per tutte le persone che ne hanno reale necessità;
- **tempestività** delle cure: gli interventi siano effettuati in tempi adeguati in rapporto al tipo di bisogno e nel rispetto dei tempi d'intervento in funzione delle fasi biologiche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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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



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

4) Linea progettuale:

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

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

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

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

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

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

5) Linea progettuale:

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

Premessa



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

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

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

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

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

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

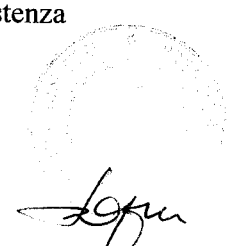
L'èquipe che segue la persona non autosufficiente provvede ad erogare le prestazioni previste dal piano individuale e periodicamente, sulla base delle indicazioni del progetto terapeutico o al verificarsi di nuove condizioni che lo richiedano, effettua una nuova valutazione con l'obiettivo di ridefinire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

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

Arete prioritarie di intervento

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

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



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

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

6) Linea progettuale:

Contrasto alle disuguaglianze in sanità

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

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

Premessa

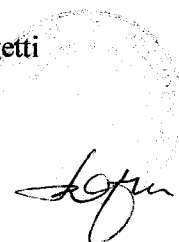
L'incremento progressivo e regolare che ha caratterizzato la speranza di vita della popolazione italiana è stato il risultato di dinamiche molto differenti tra le regioni italiane e all'interno del loro territorio, associate a molteplici e complesse caratteristiche, di natura economica, culturale, sociale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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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



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

I suddetti progetti dovranno riguardare:

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

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

7) Linea progettuale:

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

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

Premessa

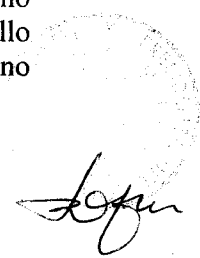
L'intesa sottoscritta il 25 luglio 2012 in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sancisce che la Rete Locale di Cure Palliative è una aggregazione funzionale e integrata delle attività di cure palliative erogate in ospedale, in Hospice,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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

Aree prioritarie di intervento

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

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

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

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

