

Decreto Ministeriale 10 luglio 2007

Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale - Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano

Publicato nella Gazzetta Ufficiale 10 ottobre 2007, n. 236

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto l'art. 117, comma 2, lettera *m*) della Costituzione che attribuisce allo Stato la competenza di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ed il comma 3 che individua tra le materie di legislazione concorrente la tutela della salute;

Visto il Piano sanitario nazionale 2006-2008, approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 2006 che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario e che prevede che i suddetti obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'accordo del 23 marzo 2005 ai sensi dell'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e nei limiti e in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del SSN;

Vista l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, del 23 marzo 2005 (repertorio atti n. 2271) pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

Visto il Protocollo d'intesa tra Governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano sul «Patto per la salute del 28 settembre 2006»;

Visto il decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 che all'art. 6 ha previsto la definizione, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre 2001, dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza, e successive modificazioni e integrazioni;

Vista la legge 27 dicembre 2006, n. 296 «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)», art. 1, comma 805 che istituisce, per il triennio 2007-2009, un Fondo per il cofinanziamento di progetti attuativi del Piano sanitario nazionale, al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano sanitario nazionale;

Visto l'art. 1, comma 807 della legge citata che affida al Ministro della salute la definizione delle linee progettuali relative alle materie di cui al comma 806;

Considerato che il PSN 2006-2008 vede impegnati lo Stato e le regioni in azioni concertate e coordinate che possono generare programmi specifici nella realizzazione di attività finalizzate a promuovere e tutelare lo stato di salute dei cittadini;

Considerato che il PSN assume la necessità che lo Stato e le regioni si impegnino in una cooperazione sinergica per individuare le strategie condivise al fine di superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali;

Considerato che nell'attuale quadro di federalismo sanitario, il PSN indica la necessità che Governo e regioni concordino linee di indirizzo perchè le strategie individuate possano declinarsi in programmi attuativi, nel rispetto delle autonomie regionali e delle diversità territoriali;

Decreta:

1. L'accesso al fondo di cofinanziamento per l'anno 2007 dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale di cui all'art. 1, comma 805 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è consentito alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano che presentino, con riferimento alle materie di cui all'art. 1, comma 806 della legge n. 296/2006 e nell'ambito dei progetti di cui all'art. 1, comma 34 e 34-*bis* della legge n. 662/1996, progettualità specifiche coerenti con le linee indicate nell'allegato A che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. I progetti dovranno contenere tutti gli elementi atti a valutarne in via preventiva l'efficacia, i costi, i tempi di realizzazione ed i risultati attesi.

In via consuntiva dovranno essere resi noti i risultati effettivamente conseguiti e le motivazioni dei relativi scostamenti.

3. I progetti presentati saranno ammessi al finanziamento con decreto del Ministro della salute su proposta del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005 sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Allegato A

PROGETTI ATTUATIVI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE

Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano

(Legge n. 296/2006 - Art. 1, comma 806)

1) Sperimentazione del modello assistenziale case della salute.

La Casa della salute, struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie.

Le regioni dovranno presentare, nel periodo di riferimento, specifici progetti per l'avvio della sperimentazione nel rispetto delle seguenti linee guida:

1. All'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET). Gli studi di MMG che per ragioni di opportunità non possono trovare collocazione all'interno della struttura devono essere in ogni caso a questa funzionalmente collegati attraverso un idoneo sistema a rete che consenta la gestione informatizzata dei dati clinici dei pazienti.

2. Sono parte integrante della Casa della salute gli ambulatori della Specialistica ambulatoriale. All'interno della struttura devono essere attivate le principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio e di radiologia ed ecografia di base. Devono essere in ogni caso previsti appositi protocolli che disciplinino i rapporti tra gli specialisti ambulatoriali, i MMG e gli altri professionisti sanitari al fine di rendere possibili, in caso di richiesta urgente l'effettuazione di consulenze e di refertazioni nell'arco della stessa giornata.

3. Nella Casa della salute deve, inoltre, essere adeguatamente rappresentato il personale appartenente alle professioni sanitarie, con particolare riferimento a quello afferente alle aree della riabilitazione e della prevenzione. Il personale amministrativo dipendente dal distretto deve essere presente nella struttura per svolgere le funzioni di supporto per l'insieme delle attività tecnico-amministrative, ivi comprese quelle di segretariato che in essa si svolgono.

4. Presso la Casa della salute deve essere presente un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio (presenza del punto di soccorso mobile 118 dotato di medico a bordo presente 24 ore su 24) e per il trasporto infermi a meno che la regione non abbia diversamente organizzato il servizio.

5. Nella Casa della salute deve essere attivato l'ambulatorio infermieristico e l'ambulatorio per le piccole urgenze che non richiedano l'accesso al PS Ospedaliero. Gli infermieri assegnati stabilmente all'area sub-distrettuale, pur mantenendo la loro autonomia professionale, operano in stretto rapporto di collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) nei moduli operativi integrati: l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), l'ADI, il Centro Diurno, la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), la degenza territoriale (Ospedale di Comunità).

6. Ai fini della integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, nella struttura deve essere presente lo Sportello Unico di Accesso all'insieme delle prestazioni ad integrazioni socio assistenziale. Attraverso lo sportello unico ed il personale ad esso dedicato, si realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale.

7. In contiguità con lo sportello unico di accesso deve essere allocato il Centro Unico di Prenotazioni (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.

8. Al fine di realizzare la reale integrazione tra le attività di prevenzione, cura e riabilitazione con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, l'organizzazione e la gestione del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è una delle funzioni che deve trovare allocazione all'interno della casa della salute. L'ADI deve essere intesa come un servizio multiprofessionale in cui attraverso il lavoro in team dei diversi professionisti che operano all'interno della struttura si realizza l'ospedalizzazione a domicilio e l'umanizzazione delle cure. Attraverso l'ADI inoltre si realizza l'addestramento del paziente e della sua famiglia alla gestione delle patologie croniche e recidivanti (Family learning).

9. La Casa della salute deve rappresentare il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito.

10. Nella Casa della salute deve trovare implementazione la telemedicina e il teleconsulto a distanza attraverso la messa in opera di una piattaforma tecnologica che consenta il collegamento in tempo reale con l'ospedale/i di riferimento per la diagnostica di secondo livello.

2) Iniziative per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato.

La tutela della salute della donna, in particolar modo in ambito materno infantile, costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi sociosanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

In questa ottica e per il periodo considerato, le regioni dovranno presentare specifiche iniziative in materia di:

A) Iniziative per la salute della donna.

Educazione alla salute dell'adolescente da perseguirsi d'intesa con gli organi scolastici, partendo dall'analisi delle condizioni socio familiari e ambientali, mediante l'attivazione di corsi di informazione ed educazione alla salute della giovane.

Andranno privilegiati argomenti quali fisiopatologia della riproduzione e malattie sessualmente trasmesse, HPV, educazione alla affettività.

Programmi di screening regionali o aziendali: in tale ambito si dovranno privilegiare iniziative che prevedano la presa in carico della donna con patologia oncologica per indirizzarla verso i servizi specialistici, di diagnosi e cura, facilitandole i percorsi e gli accessi ed attivando il supporto psicologico;

Prevenzione e trattamento delle principali patologie del periodo post fertile:

tenuto conto che la cessazione dell'attività ovarica comporta effetti che, pur di minor rilievo in termini di salute fisica, possono compromettere sensibilmente la qualità della vita della donna, particolare interesse deve essere rivolto a situazioni quali:

osteoporosi;

l'incontinenza urinaria;

le problematiche relazionali;

le problematiche legate alla sessualità.

B) Iniziative a favore delle gestanti e delle partorienti e del neonato.

Favorire il parto naturale affinché il ricorso al parto cesareo sia riportato all'interno dei parametri europei (20%);

Umanizzare l'evento nascita con il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrica - neonatologica che deve prevedere:

il parto indolore;

l'allattamento materno precoce;

il rooming-in.

Si dovrà, altresì, porre particolare attenzione alla sempre maggiore presenza di cittadine non italiane, in particolare extracomunitarie. Specifici progetti potranno essere diretti a garantire la comunicazione interculturale e l'assistenza specialistica alle portatrici di mutilazioni genitali.

Trasporto neonatale: il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali che preveda l'attivazione e il completamento del Sistema di Trasporto in Emergenza Neonatale (S.T.E.N.) e del Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.).

In questa ottica, nel periodo indicato, dovranno essere programmati corsi di formazione per il personale, medico e non, addetto all'attività di trasporto, rivolti preferibilmente a soggetti con esperienza di terapia intensiva neonatale: il trasporto infatti non può essere affidato ai punti nascita periferici che ne fanno richiesta.

3) Malattie rare.

In coerenza con il decreto ministeriale 18 marzo 2001, n. 279 (Regolamento di istituzione delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie), con l'Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano dell'11 luglio 2002 e con le indicazioni contenute nel Piano sanitario nazionale, lo sforzo per la tutela dei soggetti affetti da malattie rare dovrà essere intensificato.

In attesa di definire specifici progetti atti a potenziare la rete destinata a garantire un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale il 50% della quota di cui all'art. 1, comma 806, lettera c) della legge n. 296/2006 (30 Milioni di Euro) viene destinata a progetti che assicurino, nel periodo previsto:

a) la presa in carico globale del paziente affetto da MR tramite modalità organizzative formalmente definite che assicurino l'approccio di competenze multidisciplinari;

b) l'integrazione sia con le strutture sanitarie territoriali per attivare l'assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti per i quali l'ambito familiare lo permetta, sia con i servizi sociali;

c) i trattamenti palliativi per i casi che lo richiedano;

d) la realizzazione di campagne informative rivolte ai pazienti e alle famiglie sulle attività svolte e sul percorso assistenziale del paziente.

La quota pari al 40% sarà destinata, come finanziamento aggiuntivo, ai programmi regionali che prevedano l'attivazione di formali accordi di cooperazione tra le regioni interessate, volti ad assicurare, nel periodo previsto:

a) lo sviluppo e l'utilizzo di percorsi diagnostico terapeutici condivisi, specifici per singole malattie e/o gruppi di malattie;

b) la realizzazione di attività di consulenza e supporto a distanza, anche mediante l'utilizzo di nuove tecnologie (telemedicina);

c) la realizzazione di attività formative rivolte ai MMG e agli operatori sanitari dei servizi territoriali nelle regioni coinvolte, riguardanti la formulazione del sospetto diagnostico e la gestione della malattia;

d) la definizione di procedure concordate per il trasferimento del paziente presso le strutture più esperte, qualora ciò sia indispensabile per l'ottimale gestione del caso;

e) il coinvolgimento delle associazioni dei malati e dei loro familiari per l'individuazione di bisogni particolari e per la gestione del paziente;

f) la diffusione delle informazioni sulle attività svolte e sui luoghi di cura delle singole malattie e/o gruppi.

Sono altresì attribuiti finanziamenti, per la quota residua, ai progetti regionali che prevedano l'attivazione di registri regionali o interregionali che garantiscano, entro febbraio 2008, il flusso dei dati al Registro nazionale attraverso un sistema strutturato e appositamente concordato.

4) Implementazione della rete delle unità spinali unipolari.

La problematica dell'assistenza alle persone affette da lesioni midollari coinvolge il momento clinico, quello riabilitativo e quello di reinserimento sociale del paziente. Ognuno di questi momenti interessa una pluralità di strutture e di funzioni, anche di

altissima specializzazione (necessariamente sovraregionali), che necessitano di un elevato coordinamento.

È, pertanto, essenziale inserire questi momenti in un sistema integrato di rete, nel quale tutti i soggetti coinvolti si riconoscano nel comune percorso di continuità assistenziale.

In questa ottica, alle regioni e agli enti locali è richiesto di programmare lo sviluppo di interventi integrati, finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà di un percorso assistenziale che si faccia carico della specificità di tali situazioni e della complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone, superando l'attuale frammentarietà degli interventi.

In particolare, nel periodo indicato, i programmi regionali dovranno prevedere:

la definizione di accordi a livello regionale con specifici protocolli di intervento tra i diversi soggetti coinvolti nel percorso clinico assistenziale (presidi ospedalieri, servizi di emergenza territoriale 118, aziende sanitarie), per garantire un intervento tempestivo entro le prime ore dell'insulto e ridurre l'intervallo tra evento lesivo e accesso alla struttura specializzata più idonea;

la realizzazione di processi organizzativi che coinvolgano tutte le competenze specialistiche necessarie ad assicurare la presa in carico globale del paziente, lungo il miglior percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, dalla fase di emergenza fino alle dimissioni;

la definizione di accordi interregionali per l'eventuale accesso dei propri pazienti a strutture di altissima specializzazione non presenti nella propria regione;

il coordinamento e l'integrazione con gli enti locali, le strutture sanitarie territoriali riabilitative di competenza i distretti sociosanitari ed i MMG per garantire la continuità dell'assistenza ed assicurare la migliore qualità di vita per una disabilità non emendabile;

la realizzazione di percorsi assistenziali e riabilitativi specifici per l'età pediatrica, nell'ambito dei quali assume particolare rilevanza la presenza delle figure professionali dello psicologo dell'età evolutiva e del neuropsichiatra infantile;

la definizione di sistemi informativi che permettano la rilevazione sistematica dei dati relativi alle mielolesioni, al fine di disporre delle informazioni necessarie alla programmazione ed al monitoraggio delle attività.