



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 31/10/2007

ADDI' 31/10/2007 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNTA LA GIUNTA REGIONALE COSI' COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	FICHERA	Daniele	Assessore
FOMPII	Massimo	Vice	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	MICHELANGELO	Mario	"
BATTAGLIA	Augusto	"	NIZZI	Luigi	"
COFFOTELETTI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	LIBALDI	Alessandra	"
DALIA	Francesco	"	VALENTINI	Daniele	"
DE ANGELIS	Francesco	"	ZARATTI	Gilberto	"
DI STEFANO	Marco	"			

ASSISTENTE SEGRETERIO: Domenico Antonio CUZZUPOLI

***** OMISSIS

ASSENTI: FOMPII - ASTORRE - RODANO - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 853

Oggetto:

Recupimento dell'accordo Stato - Regioni del 29 marzo 2007 in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008.



853 31 OTT. 2007 *ly*

OGGETTO: Recepimento dell'accordo Stato-Regioni del 29 marzo 2007 in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano sanitario nazionale 2006 -2008

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale "e successive modificazioni;~~parte~~ *ly*

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTO l'accordo Stato - Regioni del 29 marzo 2007 che individua le linee progettuali per l'utilizzo delle quote vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della L.662/96 per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del piano sanitario 2006 - 2008; *parte integrante del presente atto;* *ly*

CONSIDERATO che il predetto accordo prevede che; "ai fini della approvazione dei progetti per l'utilizzazione delle risorse 2006 da destinare al perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai sensi dell'art.1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996 n.662, la procedura prevista dallo stesso articolo 1 comma 34 bis, si intende perfezionata per l'anno 2006 con la stipula del presente Accordo e con il conseguente recepimento da parte delle singole regioni mediante adozione di apposito atto deliberativo da inviare al Ministero della Salute che ne proporrà l'ammissione al finanziamento alla Conferenza Stato Regioni. l'erogazione dei fondi avverrà a seguito della suddetta approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni e della conseguente delibera del CIPE;

PRESO ATTO che le linee progettuali indicate per l'anno 2006 sono:

- La garanzia dei LEA;
- La riorganizzazione delle cura primarie
- La razionalizzazione della rete ospedaliera
- La prevenzione
- Le liste di attesa
- La salute mentale
- L'umanizzazione dell'evento nascita ;

VALUTATO che le linee progettuali sopraindicate sono state oggetto di precedenti atti deliberativi di questa Giunta o di approfondimento di specifici gruppi di lavoro;



853 31 OTT. 2007 *ly*

PRESO ATTO che le risorse assegnate alla Regione Lazio con l'Intesa del 29 marzo 2007 e vincolate agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006 -2008 ammontano a Euro 123.406.330;

RITENUTO che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali

Per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite, all'unanimità:

DELIBERA

di recepire l'Accordo Stato Regioni del 29 marzo 2007 e le linee progettuali indicate nell'allegato A di tale Accordo, parte integrante del presente atto;

di dare mandato alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria, politiche di prevenzione e tutela sul lavoro di inviare l'Atto al Ministero della Salute ai fini dell'attivazione delle procedure per la successiva ammissione al finanziamento da parte della Conferenza Stato Regioni.

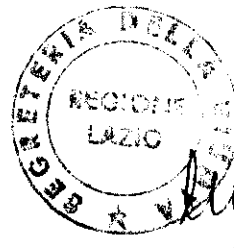


C:\Documents and Settings\cmarcelli\Doc

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO

IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

- 5 NOV. 2007





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

ALLEG. alla DELIB. N. 853 *lu*
DEL 31 OTT. 2007



Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in materia di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Rep. Atti n. 69/288 del 29 marzo 2007

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

Nella odierna seduta del 29 marzo 2007:

VISTO l'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuisce a questa Conferenza la facoltà di sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con il D.P.R. 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 la proposta formulata dalle Regioni, nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 giugno 2002, nel corso della procedura di approvazione del Piano 2003-2005 ai sensi dell'articolo 1, comma 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni, con la quale si evidenziava la necessità, tenuto conto delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione, di dare attuazione con uno o più accordi Stato-Regioni alle parti del Piano stesso di più stretta competenza regionale per gli aspetti organizzativi;

VISTO l'articolo 1, comma 34 della legge 23 dicembre 1996, n.662, il quale prevede l'individuazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, al cui perseguimento sono vincolate apposite risorse ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

ISTITUTO GABRIELI - ROMA

[Handwritten signature]



Il presente allegato è composto da pagg 11



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

2

VISTO che il Piano Sanitario Nazionale 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;

VISTA la nota in data 17 gennaio 2007, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di accordo in oggetto concernente la definizione delle linee progettuali per l'utilizzo dei fondi da parte delle Regioni e Province autonome delle risorse vincolate, ai sensi delle predette disposizioni di legge, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario 2006-2008;

CONSIDERATO che nel corso dell'incontro tecnico del 20 febbraio 2007 le Regioni hanno formulato richieste di modifica al testo dello schema di accordo, che i rappresentanti dei Ministeri interessati hanno ritenuto accoglibili;

VISTA la nota in data 13 marzo 2007, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la definitiva stesura della proposta di accordo in oggetto che recepisce le modifiche proposte dalle Regioni nella citata riunione tecnica del 20 febbraio 2007;

ACQUISITO nel corso dell'odierna seduta l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province autonome sul presente accordo;

SANCISCE ACCORDO

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

PREMESSO CHE:

- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 partendo dall'analisi del contesto italiano nei vari ambiti istituzionali, demografici ed economici individua i vincoli e le opportunità di cui tener conto nel suo triennio di vigenza;
- nel rispetto delle competenze statali e regionali definite dalla modifica al titolo V della Costituzione introdotto dalla legge costituzionale 3/2001, il PSN riconosce come obiettivo centrale del SSN la garanzia dell'effettiva capacità del sistema di erogare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto delle caratteristiche fondanti il Servizio stesso, in particolare: l'universalità, la sostanziale



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

3

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

gratuità di accesso a prestazioni appropriate, la garanzia uniforme delle stesse nel Paese, il rispetto della libera scelta e del pluralismo erogativo;

- il PSN assume la necessità che lo Stato e le Regioni si impegnino in una cooperazione sinergica per individuare strategie condivise al fine di superare le diseguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, di accessibilità e di promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, nel rispetto delle risorse programmate;

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

- trasversalmente alle strategie di sviluppo del sistema il PSN auspica il concorso tra lo Stato e le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze per l'individuazione e l'attuazione delle modalità e degli strumenti della cooperazione tra i vari livelli istituzionali rispettosi della sussidiarietà orizzontale e verticale;

- il PSN riconosce lo strumento pattizio degli accordi e dell'intesa, sanciti in Conferenza Stato-Regioni quale modalità nuova e sussidiaria per affrontare e risolvere le problematiche che vedono coinvolti i diversi livelli di governo sui problemi in materia di tutela della salute;

- il PSN riconosce come ulteriore strumento quello degli accordi tra tutte le Regioni o tra alcune Regioni per quelle materie di interesse regionale, che pur nel rispetto dell'autonomia regionale, vengono meglio affrontate tramite linee operative comuni, come ad es. accordi per la costituzione di reti di servizi assistenziali o tra piccole regioni e grandi o tra regioni vicine per la messa in comune di particolari servizi o l'erogazione di altri.

Il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano convengono che:

- le linee progettuali per l'utilizzo dei fondi da parte delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano delle risorse vincolate ai sensi dell' art. 1 commi 34 e 34 bis della legge 662/96 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del piano sanitario 2006-2008, limitatamente all'anno 2006, sono definite nell'allegato A che costituisce parte integrante del presente accordo.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

- ai fini della approvazione dei progetti per l'utilizzazione delle risorse 2006 da destinare al perseguimento di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, la procedura prevista dallo stesso articolo 1, comma 34 bis, si intende perfezionata, per l'anno 2006 con la stipula del presente Accordo e con il suo conseguente recepimento da parte delle singole regioni mediante adozione di apposito atto deliberativo da inviare al Ministro della Salute che ne proporrà l'ammissione al finanziamento alla Conferenza Stato Regioni. L'erogazione dei fondi avverrà a seguito della suddetta approvazione da parte della Conferenza Stato Regioni e della conseguente deliberazione del CIPE.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia

IL PRESIDENTE
On.le. Prof. Linda Lanzillotta



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

5

ALLEGATO A

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

1. La garanzia dei LEA

Per garantire che l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sia efficace, appropriata ed omogenea sul territorio nazionale, nell'ambito delle risorse programmate, occorre rendere coerente la programmazione dell'offerta sanitaria con il mutare dei contesti socio-economici, tecnologici e soprattutto demografico-epidemiologici e della conseguente domanda di assistenza territoriale scaturita in particolare dalla cronicità, di cui il SSN non si è fatto ancora sufficientemente carico in alcune zone del Paese.

E' necessario, pertanto:

- monitorare le prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità ed inappropriata prescrizione e definirne le condizioni di erogabilità;
- rendere accessibili in maniera omogenea sul territorio regionale le prestazioni specialistiche di alta complessità, con particolare riguardo a quelle prestazioni che hanno importanti ricadute in termini di esiti in base al modello organizzativo regionale;
- finalizzare il completamento del programma ex articolo 20 della legge 67/88 al superamento del divario strutturale nell'offerta sanitaria tra le diverse realtà all'interno della regione e in riferimento alla specifica programmazione.
- adottare provvedimenti per la garanzia dell'accessibilità alle prestazioni dei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale, tenendo conto delle peculiarità presenti nelle isole minori e nelle comunità montane isolate.

2. Riorganizzare le cure primarie

Il ruolo primario nel governo della domanda e dei percorsi sanitari compete al medico di medicina generale, primo attore del governo clinico del territorio. Perché il MMG possa assumere pienamente questa funzione è necessario completare il percorso che conduce alla realizzazione di forme aggregate ed integrate di organizzazione della medicina primaria, con il coinvolgimento dei medici di continuità



6

*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

assistenziale, degli altri specialisti territoriali, e delle altre professioni sanitarie in un lavoro a rete, che superi l'approccio gerarchico e la frammentazione degli interventi.

E' necessario, pertanto, portare a compimento la realizzazione dei modelli organizzativi per le cure primarie, già finanziati con gli obiettivi di PSN 2003-2005, in particolare l'UTAP, per garantire un elevato livello di integrazione sanitaria. Un ulteriore sforzo di integrazione si rende necessario per promuovere la ricomposizione dell'intero processo assistenziale, nelle sue componenti socio-sanitarie in modelli più complessi che consentano la presa in carico del paziente attraverso un percorso di tutela della salute e dell'assistenza, valorizzando il lavoro di gruppo che veda partecipi MMG, PSL, gli specialisti ambulatoriali, il personale infermieristico, della riabilitazione e operatori sociali.

La realizzazione delle forme aggregate delle cure primarie facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale) migliorando in particolare le modalità di comunicazione tra ospedale e MMG in relazione al ricovero dei pazienti, alla dimissione protetta, all'attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi, grazie alla disponibilità di strumenti informatici e telematici per lo scambio di informazioni cliniche e per l'attuazione di procedure di teleconsulto e telemedicina.

A questo proposito si ricorda che la degenza ospedaliera si sta riducendo costantemente negli anni grazie allo sviluppo delle tecnologie e all'incremento dell'efficacia dei farmaci. A volte, però, la dimissione, appropriata dal punto di vista clinico, viene ritardata per carenze organizzative che rendono difficile la presa in carico territoriale e la continuità delle cure. Questo accade soprattutto per quei pazienti che richiedono un elevato impegno assistenziale al livello territoriale (anziani fragili, pazienti oncologici in fase avanzata o più in genere pazienti portatori di gravi patologie croniche o che necessitano di interventi riabilitativi).

Anche lo sviluppo del day hospital e della day surgery sono fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati per il ricovero di giorno che, per particolari esigenze sanitarie, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il raccordo territorio-ospedale incrementa l'appropriatezza del regime di ricovero.

L'integrazione ospedale territorio è fondamentale anche in altri contesti socio-assistenziali, come ad esempio per l'attuazione di un percorso nascita che consenta la dimissione precoce e protetta della madre e del bambino, favorendo la demedicalizzazione e l'allattamento al seno.

Infine le forme aggregate di assistenza primaria consentono un maggior raccordo con le strutture coinvolte nelle attività di prevenzione, facilitando la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale di prevenzione e aumentando l'adesione degli assistiti.



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

7

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

La riorganizzazione delle cure primarie ha importanti ricadute anche sulla qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche e, in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, in cui spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario. I punti chiave dell'integrazione, già realizzati compiutamente in varie aree del Paese sono:

- l'approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie,
- la presa in carico del paziente da parte dei servizi e delle istituzioni sia sociali che sanitarie allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualità della vita.

Occorre:

- completare, nell'ambito dell'attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il processo di riorganizzazione delle cure primarie;
- migliorare il coordinamento funzionale dell'attività dei MMG, dei PLS, MCA con l'ospedale e con i servizi e le attività distrettuali
- definire ed implementare i protocolli per programmare e concordare, quando necessario, la dimissione ospedaliera con le strutture territoriali;
- formulare percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, in cui siano individuati i compiti e le responsabilità;
- garantire la tempestiva presa in carico del paziente da parte della rete territoriale, la valutazione multidimensionale del paziente, l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza;
- promuovere per particolari tipologie di pazienti la condivisione dei dati sanitari
- attivare funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- attivare programmi di valutazione in termini di esiti, di efficienza e di gradimento.
- individuare a livello regionale modalità e regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale;
- realizzare concretamente una programmazione partecipata ed integrata, sulla base della condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto;
- implementare l'integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse;

LM



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

- garantire la valutazione multidimensionale dei pazienti fragili e l'attuazione del piano personalizzato di assistenza tramite il concorso di professionalità sanitarie e sociali per affrontare i bisogni complessi;
- promuovere la partecipazione alla rete socio-sanitaria dei gruppi formali ed informali presenti sul territorio e del privato, valorizzando il ruolo della famiglia, lì dove presente.

3. La razionalizzazione della rete ospedaliera

Lo sviluppo tumultuoso della tecnologia, l'incremento vertiginoso dei costi, l'altissima specializzazione richiesta all'ospedale, l'evoluzione delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche che consentono di effettuare sempre più interventi in regime di ricovero diurno, rendono necessaria una riflessione sullo sviluppo che la rete ospedaliera dovrà assumere nel medio e lungo periodo. E' necessario che l'offerta si differenzi in base ai livelli di complessità raggiunti dalle strutture ospedaliere, in particolare organizzandosi in ospedali di altissima specializzazione nei quali concentrare la casistica più complessa, che possano assumere funzioni di riferimento rispetto ai presidi ospedalieri di medie dimensioni o di livello locale e alle strutture territoriali, mediante protocolli di accesso condivisi, la messa in rete, l'elaborazione di linee guida e la formazione anche a distanza.

Una particolare attenzione nell'ambito delle cure ospedaliere va posta alla prevenzione e al contenimento del dolore, soprattutto in quelle condizioni in cui è spesso sottovalutato, come ad esempio durante il travaglio e nel parto.

La razionalizzazione dell'erogazione delle prestazioni ospedaliere e l'incremento delle attività in ricovero diurno consentirà di portare a termine, nelle Regioni in cui il processo non è ancora concluso, la riorganizzazione della rete ospedaliera, con l'individuazione dei ruoli delle strutture all'interno della stessa, adeguando la funzionalità e la dotazione di posti letto regionali agli standard previsti dall'intesa 23 marzo 2005.

Occorre:

- adeguare la rete ospedaliera a quanto previsto dall'intesa 23 marzo 2005, nei tempi previsti dall'intesa stessa;
- recepire ed attuare nelle aziende e nei presidi ospedalieri i contenuti dell'accordo Stato-Regioni 24 maggio 2001 "Linee guida inerenti il Progetto Ospedale senza dolore";
- promuovere la realizzazione di reti regionali ospedaliere ed ambulatoriali per particolari patologie o per le specialità non ancora integrate in modelli gestionali;
- promuovere l'eccellenza in strutture di riferimento e la loro messa in rete con gli altri presidi esistenti per produrre, diffondere e consolidare protocolli diagnostico-terapeutici;
- attivare accordi e procedure che consentano l'attività di operatori impegnati nei centri di altissima complessità assistenziale presso altre strutture del SSN a minor complessità assistenziale;



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

9

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

- mantenimento dell'attività di implementazione degli archivi con i dati relativi agli investimenti per interventi, di cui all'ex art. 20 legge 67/88 già iniziati ed ancora in corso.

Altra priorità del SSN è promuovere il miglioramento della qualità delle cure e lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN attraverso l'utilizzo nel nostro Paese degli strumenti del Governo clinico.

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili e che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario:

- prevedere nelle strutture sanitarie funzioni di gestione del rischio multidisciplinari e della valutazione dei suoi impatti sui costi;
- realizzare modalità di formazione per tutti gli operatori del SSN per promuovere la cultura della sicurezza dei pazienti;
- coordinare le attività di monitoraggio degli eventi avversi con le attività condivise dai tavoli nazionali;
- implementare nelle strutture ospedaliere l'utilizzo di linee guida nella pratica clinica, percorsi assistenziali, raccomandazioni, adottando strumenti per la verifica del grado di adesione ad essi raggiunto;
- adottare strumenti per la valutazione degli esiti;
- adottare strumenti per la valutazione della qualità dell'informazione, del grado di empowerment raggiunto dal paziente e del suo gradimento.

4. La Prevenzione

Negli anni si è maturata la consapevolezza dell'efficacia degli interventi di prevenzione e delle loro valenze etiche nel contrasto alle disuguaglianze, in quanto raggiungono con azioni efficaci anche quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

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

Pertanto tra le linee attuative del Piano si individuano quelle che vengono definite nel Piano di prevenzione attiva che si intendono da estendere e potenziare.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

5. Le liste di attesa

Il fenomeno delle liste di attesa rappresenta un problema complesso in tutti gli Stati dove insiste un servizio sanitario che offra un livello di assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato.

L'obiettivo da perseguire è la promozione della capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di prestazioni garantendo l'erogazione delle prestazioni appropriate, eliminando l'eccesso di domanda generata dall'inappropriatezza.

Per realizzare un approccio strategico al problema, lo Stato e le Regioni hanno concordato sul Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008 a valere sui fondi vincolati agli obiettivi di PSN di cui all'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 662/96. Pertanto tra le linee attuative del Piano si individuano quelle che vengono definite nel Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa.

6. La salute mentale

Il PSN 2006-2008 ha confermato la validità del modello operativo dipartimentale e l'approccio territoriale ed integrato per affrontare le problematiche inerenti alla tutela della salute mentale. Si rileva però ancora ad oggi sul territorio una disomogenea distribuzione delle risorse professionali dedicate e delle strutture riabilitative territoriali e ciò rende difficile garantire, in alcune aree, efficaci interventi terapeutici per le patologie più complesse e d'altro canto la diagnosi precoce e la prevenzione delle patologie.

Occorre pertanto:

- adeguare la dotazione di strutture e risorse necessarie agli interventi di valenza preventiva, terapeutica e socio-riabilitativa
- definire ed attuare percorsi differenziati per tipologia di pazienti che consentano una gestione delle liste di attesa che tenga conto delle priorità assistenziali, garantendo il collegamento con i MMG
- garantire la continuità terapeutica nel trattamento dei disturbi mentali dell'adolescenza con l'elaborazione di protocolli condivisi tra i servizi per l'età adulta e i servizi per l'età evolutiva
- Implementare le iniziative di auto-mutuo aiuto fra pazienti e famiglie di pazienti
- Sperimentare e implementare l'istituzione e il funzionamento di servizi di prossimità, come risorsa per intercettare richieste di aiuto prima di ricorrere ai servizi di salute mentale territoriali
- prevedere interventi di prevenzione e di trattamento dei disturbi mentali all'interno delle carceri

43



Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

11

- attivare modelli di intervento per migliorare l'adesione alle cure

7. Umanizzazione dell'evento nascita

Una delle priorità da perseguire in questo campo è di tutelare la scelta della donna di usufruire durante il travaglio ed il parto delle procedure analgesiche attualmente disponibili, se appropriate, nel massimo della sicurezza propria e del nascituro. L'obiettivo è di rispondere al diritto di ogni donna di scegliere di partorire senza dolore, nel massimo della sicurezza propria e del nascituro.

- promuovere la formazione del personale coinvolto alle tecniche di controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale
- promuovere l'elaborazione di linee guida sul percorso nascita che comprendano il ricorso alle tecniche di controllo del dolore durante il travaglio e il parto vaginale

