



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 Ministro della salute di linee guida per l'utilizzo da parte delle Regioni e Province autonome 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 2012.

Rep. Atti n. 227/C.S.R. del 22/11/2012

**Allegato accordo 25 marzo 2009 per
cure primarie**

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

Nell'odierna seduta del 22 novembre 2012:

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTO l'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il quale tra l'altro prevede che il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con questa Conferenza, può vincolare quote del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano Sanitario Nazionale, da assegnare alle Regioni per la predisposizione, ai sensi del successivo comma 34bis, di specifici progetti;

VISTO il comma 34bis del predetto articolo 1, aggiunto dall'articolo 33 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, come modificato dall'articolo 79, comma 1quater, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, aggiunto dalla relativa legge di conversione 6 agosto 2008, n. 133, il quale prevede quanto segue: "Per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di linee guida proposte dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ed approvate con Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della sanità, individua i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale ai sensi del comma 34. La predetta modalità di ammissione al finanziamento è valida per le linee progettuali attuative del Piano sanitario nazionale fino all'anno 2008. A decorrere dall'anno 2009, il Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede a ripartire tra le regioni le medesime quote vincolate all'atto dell'adozione della propria delibera di ripartizione delle somme spettanti alle regioni a titolo di finanziamento della quota indistinta di Fondo sanitario nazionale di parte corrente. Al fine di agevolare le regioni nell'attuazione dei progetti di cui al comma 34, il Ministero dell'economia e delle finanze provvede ad erogare, a titolo di acconto, il 70 per cento dell'importo complessivo annuo spettante a ciascuna regione, mentre l'erogazione del restante 30 per cento è subordinata all'approvazione da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dei progetti presentati dalle regioni, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente. Le mancate presentazione ed approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata”;

VISTO l'articolo 1, comma 7, dell'intesa perfezionata da questa Conferenza nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. atti n. 243/CSR) recante “Nuovo Patto per la salute 2010-2012”;

VISTA la legge 9 marzo 2010, n. 38 recante “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore”;

VISTA l'intesa perfezionata nella seduta di questa Conferenza del 29 aprile 2010 (Rep. atti n. 63/CSR) concernente il Piano nazionale per la prevenzione 2010-2012;

VISTO l'Accordo dell'8 luglio 2010 (Rep. atti n. 76/CSR) con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per l'anno 2010;

VISTO l'Accordo del 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 137/CU) concernente “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”;

VISTO l'Accordo del 20 aprile 2011 (Rep. atti n. 84/CSR) con il quale sono stati individuati gli indirizzi progettuali per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2011;

VISTO lo schema di accordo in oggetto pervenuto dal Ministro della salute con nota in data 29 ottobre 2012 e diramato alle Regioni e Province autonome con lettera in pari data;

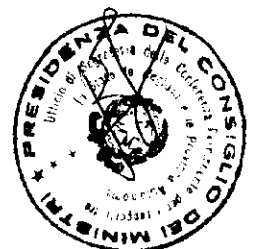
CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi l'8 novembre 2012, i rappresentanti delle Regioni e Province autonome hanno espresso assenso tecnico sulla proposta in parola;

RILEVATO che, nel corso dell'odierna seduta, il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha espresso parere favorevole al perfezionamento dell'Accordo in oggetto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome;

SANCISCE ACCORDO

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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);
- il predetto PSN, nell'ambito di un più ampio disegno teso a promuovere le autonomie regionali e a superare le diversità territoriali, impegna Stato e Regioni all'individuazione di strategie condivise volte a superare le disuguaglianze ancora presenti in termini di risultati di salute, accessibilità e promozione di una sempre maggiore qualità dei servizi, strategie che possano declinarsi, tramite l'adozione di linee di indirizzo concordate, in programmi attuativi specifici per la promozione e la tutela dello stato di salute dei cittadini;

SI CONVIENE CHE:

1. debba essere garantita per l'anno 2012, pur nell'ambito di una sostanziale continuità rispetto alle linee progettuali definite per l'anno 2011 (accordo 20 aprile 2011), e di sperimentare, da parte delle Regioni, un approccio integrato a temi meritevoli di approfondimento ulteriore con prioritario riferimento alle disuguaglianze sociali in sanità con la correlata attenzione agli effetti della deprivazione sulla salute e sull'accesso ai servizi sanitari;
2. per l'anno 2012, le linee progettuali per l'utilizzo, da parte delle Regioni, delle risorse vincolate ai sensi dell'articolo 1, comma 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, e i relativi vincoli economici, siano quelle di cui all'allegato A (Parte I -II) al 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 2012, 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, entro 60 giorni dalla stipula del presente accordo, al Ministero della salute





Presidenza
del Consiglio dei Ministri

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

specifici progetti nell'ambito degli indirizzi individuati nel presente accordo, comprensivi di una relazione illustrativa dei risultati raggiunti nell'anno precedente;

5. 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;
 - d) gli indicatori, preferibilmente numerici, che consentano di misurare la validità dell'intervento proposto;
6. 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;
7. la mancata presentazione o approvazione dei progetti comportano, nell'anno di riferimento, la mancata erogazione della quota residua del 30 per cento ed il recupero, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti nell'anno successivo, dell'anticipazione del 70 per cento già erogata.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea

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 2012

PARTE I

Prosecuzione e integrazione delle linee progettuali già avviate in applicazione degli accordi 8 luglio 2010 (Rep.76 /CSR) e 20 aprile 2011 (Rep. 84/CSR)

In questa sezione si indicano le linee progettuali individuate negli accordi dell'8 luglio 2010 e 20 aprile 2011 riconfermate e/o integrate con ulteriori indirizzi ed i relativi vincoli sulle risorse.

1. **Attività di assistenza primaria:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni e il vincolo del 25% delle risorse totali da applicarsi alle Cure Primarie di cui all'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011; **Vedi allegato 25 marzo 2009 confermato da Accordo 8 luglio 2010**
2. **Non autosufficienza:** per l'anno 2012 si confermano le indicazioni e il vincolo di **240 milioni di euro** (Allegato B – tab.1) previsti dagli accordi, di cui:
 - a) **20 milioni di euro** da destinarsi ai progetti in materia di Assistenza ai pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative e invalidanti;
 - b) **20 milioni di euro** da destinarsi ai progetti in materia di Assistenza ai pazienti affetti da Demenza
Promozione di modelli organizzativi e assistenziali dei pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza nella fase di cronicità: si confermano per l'anno 2012 le indicazioni relative contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010, confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 e si introduce un vincolo di **20 milioni di euro** imputati alla quota vincolata per la Non autosufficienza, da destinare a progetti che assicurino la presa in carico dei pazienti in Stato Vegetativo (Allegato B – tab.1)
3. **Le cure palliative e la terapia del dolore:** si confermano per l'anno 2012, in attuazione della legge 9 marzo 2010, le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 e il vincolo di una quota di **100 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab.1);
4. **Interventi in materia di Biobanche di materiale umano:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 e il vincolo di una quota di **15 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab.1);



5. **La sanità penitenziaria:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
6. **L'attività motoria per la prevenzione delle malattie croniche e per il mantenimento dell'efficienza fisica nell'anziano:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
7. **Tutela della maternità e promozione dell'appropriatezza del percorso nascita:** le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 sono integrate dagli indirizzi di seguito enunciati nonché dai contenuti dell'accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo".

Supporto alle gravidanze in condizioni di "vulnerabilità" e prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza

I dati statistici forniti dal sistema di sorveglianza sulla interruzione volontaria di gravidanza potrebbero rassicurarci sul fatto che la situazione italiana è "migliore" di quella di altri Paesi ma ciò non toglie che si possa fare ancora di più, ad esempio rivolgendo particolare attenzione al problema rappresentato dalle donne immigrate che non solo ricorrono all'IVG con una frequenza decisamente superiore alle italiane ma tendono anche a ripetere l'interruzione volontaria di gravidanza più frequentemente.

Grazie all'esperienza sviluppata in particolare dai Consultori Familiari vi è la possibilità di affrontare con ancora maggiore convinzione l'impegno di rendere le donne e le coppie più libere di vivere una sessualità serena, non obbligata alla procreazione, ma nemmeno slegata, per definizione, dal desiderio e dal piacere della generazione.

Intervenire in una sfera tanto delicata e soggettiva come è quella procreativa, soprattutto nelle situazioni di "maggiore vulnerabilità" (immigrati, giovani, chiunque a basso reddito) significa pensare a interventi integrati a vari livelli, culturale, organizzativo, sanitario e sociale, prevedendo un più forte e sereno rapporto tra istituzioni e mondo del volontariato e del privato sociale in un clima di rispettoso riconoscimento dei diversi ruoli.

Si tratta di affinare e sperimentare strumenti di *counselling* in grado di coniugare il rispetto per la libertà degli individui e l'individuazione di opportunità/soluzioni utili a superare eventuali ostacoli al proseguimento della gravidanza.

Le azioni più rilevanti da mettere in atto riguardano l'organizzazione e la messa in rete dei servizi, la formazione del personale nonché un sistema di valutazione dei risultati da adattare alle differenti realtà regionali.

Una particolare attenzione deve essere prestata alla formazione all'intercultura degli operatori sanitari.



Al fine di sostenere le scelte riproduttive e quindi la procreazione cosciente e responsabile si rende necessario promuovere:

- l'offerta attiva di *counselling* puntando sulla consapevolezza delle donne e sull'erogazione di prestazioni socio sanitarie integrate;
- la riorganizzazione dei servizi attraverso la rimozione delle barriere d'accesso organizzative, burocratico-amministrative e culturali anche attraverso la formazione degli operatori sulle normative vigenti e sulle diversità culturali, oltre ad aumentare la facilità di accesso ai servizi stessi.

Azioni utili allo scopo sono rappresentate da:

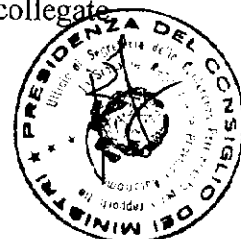
- aumentare le conoscenze delle misure a sostegno della maternità e contro l'abbandono dei neonati promuovendo anche diffusa e capillare informazione anche per la popolazione immigrata;
- migliorare l'organizzazione interna ai servizi, in particolare nei Consultori Familiari, orientata alle esigenze della sua potenziale utenza, anche attraverso una maggiore flessibilità degli orari di apertura e l'implementazione di "spazi consultoriali materno-infantili" e di "spazi giovani" dotati di personale opportunamente preparato e con il supporto di un mediatore linguistico-culturale per la popolazione straniera;
- promuovere il lavoro di gruppo multidisciplinare e la messa in rete dei Consultori familiari con gli altri servizi pubblici e del terzo settore, promuovendo l'integrazione socio-sanitaria;
- promuovere l'offerta attiva di *counselling* sui metodi utili alla procreazione cosciente e responsabile in particolare tra le/gli adolescenti e le donne immigrate;
- promuovere interventi di prevenzione ed educazione sanitaria, attivamente offerti nei punti di aggregazione, a fasce di popolazione particolarmente fragili (nomadi, rifugiati, prostitute) anche al di fuori dei normali presidi sanitari.

Attori di queste azioni: Regioni, ASL, Servizi territoriali (in particolare, i Consultori familiari), servizi ospedalieri, Enti Locali, Scuole, Terzo settore; operatori sanitari, sociali e del terzo settore.

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 la risoluzione di una o più delle criticità segnalate sia nel settore dell'assistenza materno-infantile che in quello pediatrico, dando così continuità a quanto già in essere con i progetti sviluppati negli anni precedenti e a quanto contenuto nell'Accordo del 16 dicembre 2010 sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", anche utilizzando, nella progettazione, i Comitati Percorso Nascita regionali ove costituiti (punto 10 dell'accordo) ed eventualmente ove le Regioni lo ritenessero utile, con il coordinamento ed il supporto del Comitato Percorso Nascita nazionale (punto 10 dell'accordo).

Sarebbero da valorizzare quei programmi miranti a:

- favorire la presa in carico, l'appropriatezza e la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita e l'allattamento al seno anche attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti *hub & spoke* dedicate al tema materno-infantile;
- razionalizzare/ridurre i punti nascita, assicurando il rispetto degli standard organizzativi, strutturali e tecnologici e le funzioni ad essi collegate



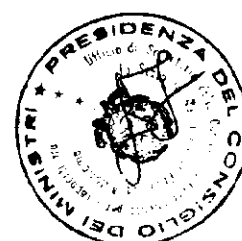
Nello sviluppo di questo progetto riveste notevole importanza l'abbinamento per pari complessività di attività delle U.U.OO. Ostetriche con quelle neonatologiche/pediatriche;

- razionalizzare/ridurre i reparti pediatrici e migliorare gli indici di appropriatezza nei ricoveri ordinari ed in quelli diurni.

Le Regioni, ove desiderato, possono trovare valido supporto nei prodotti di progetti finanziati dal Ministero della salute-CCM conclusisi (ad esempio per la **prevenzione periconcezionale**: quanto realizzato dall'ICBD – Alessandra Lisi *International Centre on Birth Defects and Prematurity*, nonché dal *Network* italiano promozione acido folico. Per approfondimenti: www.pensiamociprima.net; www.iss.it/acid/; possono essere messi a disposizione prodotti per la formazione degli operatori, per il *counselling*, pieghevoli, locandine, spot utilizzabili dietro richiesta) o in via di conclusione (a fine 2012 si concluderà il progetto “Prevenzione IVG donne straniere” ma la metodologia utilizzata può essere già da ora messa a disposizione).

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);

8. **Malattie rare:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 e il vincolo di una quota di **20 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab.1);
9. **Valorizzazione dell'apporto del volontariato:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni relative contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
10. **Riabilitazione:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011;
11. **La salute mentale:** si confermano per l'anno 2012 le indicazioni contenute nell'allegato A dell'accordo 8 luglio 2010 confermato dall'accordo del 20 aprile 2011 ;
12. **Piano Nazionale della Prevenzione:** per l'anno 2012 si conferma il vincolo di **240 milioni di euro** ripartiti secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab.1).



PARTE II

Ulteriori 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 2012

1. Linea progettuale: Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità

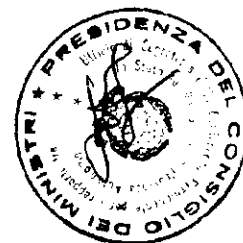
Questa linea progettuale relativa al contrasto alle disuguaglianze sociali in sanità è finalizzata alla realizzazione di una sperimentazione sui temi degli effetti della deprivazione o del disagio socioeconomico sulla salute e sull'accesso ai servizi sanitari. Le concrete esperienze che le singole Regioni svilupperanno in questo campo forniranno preziose indicazioni per le politiche sanitarie nazionali.

In particolare, con la presente linea guida progettuale si vuole perseguire nelle singole realtà regionali un duplice obiettivo:

1. riprogrammare e riorganizzare la erogazione di tutte le prestazioni comprese nei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo da riorientarla in base all'asse di riferimento del contrasto alle disuguaglianze sociali;
2. utilizzare una specifica quota delle risorse di cui al presente accordo, pari a 50 milioni di euro, per interventi mirati alla tutela dei bisogni dei gruppi di popolazione su cui gli effetti della deprivazione manifestano un più alto impatto.

Per quanto il SSN abbia dalla sua istituzione una forte vocazione universale e solidaristica, sempre confermata nel corso degli anni, si registrano ancora nel nostro Paese disuguaglianze in termini di indicatori di salute imputabili a molteplici e complesse variabili, di natura economica, culturale e sociale, spesso interconnesse, con conseguenze a volte pesanti in termini di diseguità nell'accesso e nella fruizione dei servizi e di *outcome* sanitari.

L'attuale momento storico caratterizzato dalla crisi economica, con le sue pesanti conseguenze in termini di disoccupazione, precarizzazione, erosione del potere di acquisto, indebolimento della rete di protezione familiare, incremento dell'esclusione sociale può concorrere non poco al mantenimento e alla crescita delle disuguaglianze e all'incremento di un fabbisogno di salute fisica, psichica e relazionale. Tale "fabbisogno" non sempre si traduce in "domanda" sanitaria a causa degli "*unmet needs*" costituiti dalla rinuncia totale o parziale alle prestazioni sanitarie da parte dei numerosi nuclei familiari che non dispongono delle risorse economiche per accedervi pienamente o che lo fanno solo in condizioni estreme e delle popolazioni migranti e nomadi. I dati ISTAT e dei centri di ricerca rilevano una progressiva diffusione di tali fenomeni anche nella popolazione che statisticamente si pone nel terzo quintile, dove si trovano famiglie appartenenti al ceto medio.



D'altro canto occorre però non dimenticare che, se da un lato la crescita economica è tra i più forti motori di miglioramento dello stato di salute, tale beneficio, a livello dei vari gruppi di popolazione, si attenua fino a scomparire se la distribuzione del reddito è molto diseguale, e che, in ogni caso, i soli indicatori socioeconomici non sono sufficienti a dar conto di tutte le diseguaglianze (basti pensare a quanto incidono in tal senso l'isolamento degli anziani, il ruolo di "doppia presenza" nel contesto lavorativo e familiare delle donne, le difficoltà culturali per gli immigrati).

In questo contesto, in contrasto con le spinte negative legate ai determinanti sociali, economici e culturali, il SSN è chiamato a definire percorsi innovativi concreti per contribuire ad una "ridistribuzione del bene salute", nel rispetto delle garanzie costituzionali, superando le difficoltà che si riscontrano anche al suo stesso interno (ad es. in termini di educazione alla salute, accessibilità, continuità dell'assistenza) spesso causate da una eccessiva rigidità e da una scarsa conoscenza del proprio territorio.

In questa ottica, si richiede alle Regioni l'elaborazione e la presentazione di progetti con i quali, mediante l'utilizzo di una parte delle risorse vincolate dedicate alla realizzazione degli obiettivi di piano sanitario per l'anno 2012, pongano in essere misure di contrasto degli effetti sulla salute connessi alla povertà/basso reddito tenendo conto dei seguenti indirizzi, fatta salva la possibilità di integrarli nel modo ritenuto più coerente con le loro specifiche realtà:

- programmazione, partecipata con la comunità, orientata all'equità dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari, che assicuri un livello omogeneo di accessibilità alle prestazioni, di qualità delle stesse e la continuità della presa in carico e del percorso assistenziale;
- introduzione di criteri di equità all'accesso che tengano conto delle "fragilità" ad esempio accessi preferenziali per particolari categorie di utenti e per particolari condizioni cliniche;
- riduzione effettiva dei tempi di attesa e delle liste di attesa, rispetto delle regole in materia di attività intramoenia e di incompatibilità;
- informazione sull'uso corretto delle prestazioni e sull'offerta dei servizi e campagne di educazione sanitaria;
- piano di interventi di tipo preventivo con un approccio proattivo nelle aree più bisognose, mirato soprattutto ai soggetti di più bassa posizione sociale e culturale (salubrità e sicurezza nel posto di lavoro e negli stili di vita);
- adozione di strumenti di programmazione integrata con le istituzioni non sanitarie per le politiche incidenti sullo stato di salute della popolazione (servizi sociali, occupazione, casa, scuola, insediamenti territoriali);
- arricchimento del sistema informativo finalizzato alla raccolta di informazioni sulla posizione sociale del paziente e del contesto in cui vive al fine di disegnare e aggiornare una mappa attendibile della povertà nella regione e dei conseguenti fabbisogni sanitari;
- diffusione delle buone pratiche, a livello intraregionali ed interregionale, che consentano l'adozione di modalità operative considerate eccellenti riducendo, così, le disparità esistenti sul territorio nazionale;
- programmi, negli insediamenti dei nomadi e degli immigrati irregolari, di:
 - offerta attiva di vaccinazioni;
 - interventi di prevenzione, in particolare di contrasto alle principali patologie infettive;
 - informazione per l'accesso all'assistenza sanitaria e sociosanitaria, nelle modalità e nei limiti previsti dalla normativa vigente;



- offerta attiva, in particolare agli immigrati e ai nomadi, di formazione alla procreazione e alla genitorialità responsabile;
- attivazione di un approccio transculturale presso un DSM delle città a più alta concentrazione di immigrati avente la funzione specifica di fornire all'immigrato livelli adeguati di assistenza psichiatrica;
- programmi, in favore dei senza fissa dimora di:
 - offerta attiva di interventi sociosanitari rivolti a persone senza fissa dimora al fine di informarli, orientarli ed eventualmente accompagnarli all'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari;
 - interventi attivi di prevenzione e assistenza sanitaria di base, anche attraverso l'utilizzo di ambulatori mobili che raggiungano gli utenti sul territorio.

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. 2)

Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'art. 9 dell'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 (Atto. Rep. 2271), per quanto attiene a questa linea progettuale, redigerà un rapporto sugli interventi proposti e, successivamente, una relazione sui risultati conseguiti nelle singole Regioni.

2. Linea progettuale: Misure dirette alla promozione dell'approccio di genere in sanità

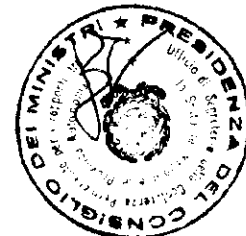
Questa linea progettuale, relativa alla promozione dell'approccio di genere in sanità, è finalizzata all'introduzione di tale approccio nella valutazione e programmazione dei servizi sanitari regionali. Le concrete esperienze che le singole Regioni svilupperanno in questo campo forniranno preziose indicazioni per le politiche sanitarie nazionali.

Dal 2000 l'OMS ha inserito la medicina di genere nell'*Equity Act*, sottolineando la necessità di garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari per donne e uomini, ma anche il rispetto dell'appropriatezza di cura secondo il proprio genere.

La dimensione di genere abbraccia non solo le differenze biologiche e sessuali ma anche quelle relative alla dimensione sociale, culturale e, più in generale, al riferimento di comportamenti, attività e propensioni che una società considera specifici per l'uomo e per la donna.

Le specifiche caratteristiche socio-culturali attribuite al genere hanno ricadute sullo stato di salute degli uomini e delle donne, così come le caratteristiche biologiche possono rivestire un ruolo rilevante sul manifestarsi e sulla evoluzione delle patologie oltre che sul diverso metabolismo di farmaci e di inquinanti. Il mix dei fattori socioculturali e biologici, profondamente integrati tra loro, comporta nei due sessi una significativa variabilità, correlata anche alla differente adozione di corretti stili di vita o di comportamenti a rischio, della prevalenza di molte patologie, in particolare rispetto alle varie fasi della vita, dell'espressione clinica delle patologie, dell'approccio terapeutico e della relativa prognosi.

Differenze anche in termini di *outcome* sanitario si riscontrano in varie situazioni cliniche, ad esempio la donna diabetica ha un maggior rischio di malattia coronarica rispetto ad un uomo diabetico ed analogamente l'obesità complicata da diabete è più alta nelle donne che negli uomini. Per quanto riguarda la prevalenza, l'osteoporosi è una affezione tipica delle donne in post menopausa e le donne hanno una prevalenza maggiore di malattie reumatiche, osteoarticolari e di malattie autoimmuni. Le differenze di mortalità



per la patologia coronarica nei due sessi impongono una riflessione sulle modalità di prevenzione adottate per i due sessi.

Inoltre, sebbene le donne abbiano una vita media di 5,5 anni più elevata degli uomini (84,2 anni rispetto a 78,7), hanno in media 6,4 anni di più da vivere con disabilità cosicché la speranza di vita senza limitazioni è per le donne di 61,9 anni e per gli uomini di 62,8 anni (Relazione Stato Sanitario del Paese 2009-2010).

La consapevolezza di tali differenze deve riflettersi in una scelta appropriata di percorsi preventivi, diagnostico-terapeutici e riabilitativi, ma anche sociosanitari che tenga conto delle differenti caratteristiche dei due sessi. Occorre, inoltre, riflettere su eventuali problemi di equità all'accesso e alla fruizione di cure mediche che possono nascere dalle necessità delle donne, connesse ai propri ritmi biologici, alla gravidanza, alla menopausa ed alla maggiore longevità, di un maggior ricorso alle cure sanitarie e al conseguente maggior impegno economico che le donne sono chiamate ad affrontare.

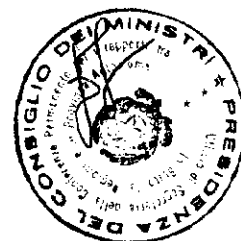
Ancor prima però è necessario che le valutazioni di impatto sulla salute generato, da un lato, dalle scelte politiche e interistituzionali e, dall'altro, delle scelte di organizzazione dei servizi sanitari, tengano conto di un approccio di genere che sappia coniugare il rispetto dell'uguaglianza con il principio dell'equità, intesa come l'adozione di strumenti che compensino gli svantaggi sociali storicamente consolidatisi tra gli uomini e le donne.

A tale proposito, non possiamo non ricordare che anche gli uomini possono andare incontro a svantaggi in termini di salute, a causa del loro ruolo di genere e che sono noti rischi e problemi di salute legati alla costruzione e al mantenimento sociale della mascolinità; ad esempio forse proprio per il concetto sociale di "mascolinità" non si è molto sviluppata la ricerca sulla salute emotiva e relazionale dell'uomo.

L'approccio di genere alla salute si propone di promuovere una sanità in cui uomini e donne ricevano le cure più adeguate con un'attenzione particolare rivolta alla differenza della domanda di salute e alle varie modalità con cui questa possa essere soddisfatta.

In questa ottica, si richiede alle Regioni l'elaborazione e la presentazione di progetti con i quali, mediante l'utilizzo di risorse appositamente vincolate, si pongano in essere misure dirette alla promozione dell'approccio di genere alla salute tenendo conto dei seguenti indirizzi, fatta salva la possibilità di integrarli nel modo ritenuto più coerente con le loro specifiche realtà:

- adozione di strumenti di valutazione delle politiche sanitarie e non sanitarie che tengano conto dell'approccio di genere;
- adozione di un'organizzazione dei servizi sanitari che promuova equità di accesso alle cure secondo l'approccio di genere;
- adozione di programmi di promozione degli stili di vita salutari correlati al genere;
- adozione di programmi per la prevenzione attiva dell'infertilità, in particolare nelle adolescenti e negli adolescenti;
- definizione di percorsi di facilitazione all'accesso e alla presa in carico per la prevenzione, cura e riabilitazione della sindrome metabolica e della osteopenia/osteoporosi post menopausale e delle patologie correlate;
- attivazione di percorsi di sensibilizzazione degli operatori, in particolare operatori del pronto soccorso, MMG, PDL e MCA, e di specifici progetti inerenti:
 - alla prevenzione della violenza secondo le buone pratiche già adottate da alcune Regioni;
 - alla rilevazione di segni e sintomi ascrivibili a violenza sessuale, fisica e psicologica, anche mediante schede di rilevazione della pericolosità dell'azione violenta subita;



- all'utilizzo nella pratica clinica di protocolli condivisi ed uniformi in particolare per la definizione di maltrattamento intrafamiliare;
- attivazione di percorsi per l'accoglienza e l'assistenza all'interno delle strutture sanitarie (ad esempio P.S. ospedalieri od ambulatori territoriali) delle vittime di violenza;
- attivazione o implementazione di percorsi sanitari e sociosanitari per la presa in carico e la continuità dell'assistenza delle vittime di violenza;
- attivazione di programmi per il trattamento degli uomini autori di violenze di genere e intrafamiliari.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **10 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

3. Linea progettuale : Diagnosi di infezione da HIV

Premessa

Si stima che in Italia, in analogia con altri paesi europei, vi sia una proporzione consistente di persone con infezione da HIV (circa un terzo) che non è a conoscenza del proprio stato.

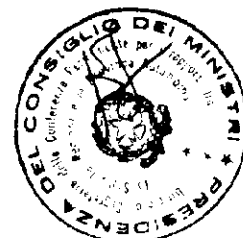
E' peraltro stato dimostrato che intorno al 30% delle diagnosi di infezione da HIV viene effettuata in persone che sono già in stato avanzato di malattia (linfociti CD4 < 200/mm³ e/o patologie indicative di AIDS) e quasi il 60% delle diagnosi di AIDS viene fatta in persone con tardivo riconoscimento dell'infezione da HIV.

Questo fenomeno determina due ordini di conseguenze negative. In primo luogo la persona con HIV diagnosticata tardivamente non ha l'opportunità di iniziare nei tempi ottimali la terapia antiretrovirale e ha, da una parte, un rischio più elevato di giungere ad una fase conclamata della malattia e, dall'altra, una ridotta probabilità di un pieno recupero immunologico una volta iniziato il trattamento farmacologico. In secondo luogo la mancanza di consapevolezza dello stato di infezione può favorire un'ulteriore diffusione del contagio. E' stato, infatti, dimostrato che le persone con infezione da HIV riducono i comportamenti a rischio di trasmissione dell'infezione una volta informati del loro stato. Inoltre, vi sono evidenze di un'efficacia di interventi di prevenzione della diffusione del contagio indirizzati alle persone con infezione da HIV nota.

Aree prioritarie di intervento

Le aree prioritarie di intervento possono essere sintetizzate come di seguito:

- Caratterizzazione delle nuove infezioni e dei determinanti dell'accesso al test e alla cura come strumento di pianificazione di azioni volte a favorire un accesso precoce delle persone con infezione da HIV ai servizi assistenziali.
- Sviluppo e Verifica di fattibilità di programmi dell'implementazione di test per infezione recente.
- Promozione dell'ottimizzazione della offerta dei servizi di accesso al test e *counseling* per HIV richiesti dal paziente.



- Sviluppo di strategie di offerta attiva del test per la diagnosi dell'infezione da HIV, anche con l'offerta attiva del test alle persone che si rivolgono ai servizi sanitari per altre problematiche.
- Definizione ed attivazione di percorsi per raggiungere gruppi di popolazione a prevalenza più elevata di infezione con interventi attuati direttamente nella comunità.
- Sperimentazione di interventi per l'accesso al test HIV al di fuori di strutture sanitarie.
- Definizione e condivisione delle *best-practice* per specifici i percorsi assistenziali al fine di ottimizzare l'appropriatezza nella presa in carico dei soggetti con infezione/malattia da HIV.
- Promozione e monitoraggio dell'attivazione della Sorveglianza epidemiologica dell'Infezione da HIV in tutte le Regioni italiane.
- Acquisizione di dati aggiornati relativi a incidenza e di prevalenza dell'infezione da HIV in Italia necessari in particolare a fini programmatori. Inoltre appare importante stimare la quota di infezioni note e non note, anche utilizzando modelli matematici già sperimentati in altri Paesi europei.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **15 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

4. Linea progettuale: Promozione di una rete nazionale per i tumori rari

Questa linea progettuale si propone di promuovere una collaborazione permanente (Rete) tra i centri oncologici distribuiti su tutto il territorio nazionale, allo scopo di migliorare la qualità di cura nei pazienti affetti da "tumori rari", con esclusione delle neoplasie emato-oncologiche.

Un ulteriore obiettivo della Rete consiste nella riduzione della migrazione sanitaria, che verrebbe limitata ai casi che veramente ne necessitano per prestazioni specifiche.

Attraverso la sua attività clinica, inoltre, la Rete può attivamente contribuire alla ricerca sui tumori rari, utilizzando ampie casistiche in patologie nelle quali è spesso difficile raggiungere campioni significativi di pazienti.

La Rete dovrebbe essere utilizzata innanzitutto per la condivisione di singoli casi clinici a distanza, tra due o più centri, in maniera continuativa durante tutto l'*iter* diagnostico-terapeutico dei pazienti.

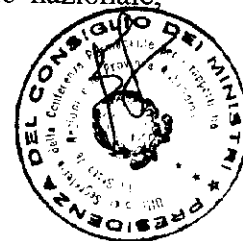
Ospedali periferici o con scarsa esperienza potrebbero fare riferimento a centri clinici provvisti di *expertise* sulla neoplasia condividendo le decisioni.

Tale attività può essere facilitata attraverso l'utilizzo della teleconsultazione.

L'attività clinica condivisa dovrebbe inoltre consentire la creazione di un *data base* di rete con possibilità di valutazioni dal punto di vista sia di standard assistenziali che di ricerca.

Infine compito della Rete è la elaborazione di linee guida sulla gestione dei pazienti affetti da neoplasie rare.

La Rete Tumori Rari si propone come risorsa stabile del Sistema sanitario nazionale, basandosi sulla collaborazione tra Ministero della salute e Regioni.



La “*governance*” è dunque sia a livello nazionale, con finanziamento centrale, che di Reti regionali, gestite autonomamente o in collaborazione fra le varie Regioni.

La Rete Tumori Rari

Scopo della rete è:

- migliorare in Italia la cura dei tumori rari solidi dell’adulto tramite la condivisione a distanza di casi clinici;
- definire linee guida per la pratica clinica con criteri condivisi di diagnosi e cura, razionalizzandone l’accesso;
- favorire la ricerca sui tumori rari.

Sono definite “rare” le neoplasie con incidenza inferiore o uguale a 5/100.000 abitanti/anno.

L’ambito dei tumori rari è suddiviso in tre gruppi:

- i tumori pediatrici (meno dell’1% dei casi di tumore), generalmente presi in carico da alcuni centri di oncologia pediatrica, collegati attraverso progetti di ricerca clinica;
- i tumori ematologici, che costituiscono un gruppo più consistente (più del 5% dei casi);
- i tumori rari solidi dell’adulto, che sono i più frequenti, superando il 10% di tutti i casi di tumore.

I casi di tumori rari, pur essendo pochi per ogni singola tipologia, globalmente costituiscono una quota rilevante di patologia neoplastica, rappresentando quindi un problema socialmente rilevante sia in termini quantitativi che per motivi etici. I tumori rari comportano difficoltà gestionali particolari per la scarsa numerosità dei centri che dispongono di competenze cliniche, e pertanto rappresentano un’importante problematica di migrazione sanitaria, sia all’interno del Paese che all’estero. Tutto ciò costituisce ovviamente un problema rilevante in termini di costi sociali e sanitari.

Inoltre, pur essendo lo sviluppo dei nuovi farmaci nei tumori rari tutelato dalle normative sui farmaci “orfani”, vi è una evidente difficoltà nella attuazione di studi clinici che potrebbero essere facilitati dalla possibilità di utilizzare casistiche più ampie sul territorio nazionale.

Funzionamento della Rete

La Rete è utilizzata innanzitutto per la condivisione di casi clinici a distanza. Un reparto/ospedale (*user*) può consultare attraverso la Rete un centro clinico provvisto di *expertise* sulla neoplasia (*provider*), condividendo le scelte diagnostiche e terapeutiche.

I dettagli clinici del caso vengono condivisi in rete attraverso uno strumento accessibile via Web. Lo strumento attualmente sviluppato fornisce tutte le garanzie di sicurezza e protezione dei dati sensibili previste in particolare dalle normative vigenti. Le informazioni condivise sono spesso testuali, ma possono anche comprendere *imaging* (TC, RMN, etc.). Anche le immagini istopatologiche possono essere condivise, anche se la revisione istopatologica è in genere effettuata mediante invio fisico del campione. Tuttavia, l’invio del campione si accompagna all’inserimento del caso in rete, e l’esito della consultazione viene ugualmente inviato in rete.

Il centro “*user*” seleziona il centro “*provider*” a cui chiedere la consultazione, nell’ambito di una serie di centri accreditati, a fornire consultazioni sulla neoplasia di cui il suo Paziente è portatore. La scelta è quindi “libera”, all’interno di centri selezionati per il proprio



expertise, sulla base della numerosità dei casi trattati, della regolare partecipazione alle attività della Rete e del loro *curriculum* scientifico.

I casi condivisi alimentano un *data base* di rete. In esso si trovano le informazioni fondamentali sul Paziente e su tutte le “transazioni” che hanno avuto luogo in rete. Il *data base* di rete è accessibile da ogni centro aderente per quanto riguarda i casi da esso inseriti o con esso condivisi.

Inoltre, è possibile effettuare revisioni retrospettive di casistiche selezionate, previo accordo di tutti centri che a tali casistiche hanno contribuito. Le relative produzioni scientifiche riconoscono naturalmente il contributo di tutti i centri clinici che hanno contribuito alle casistiche stesse.

La Rete provvede inoltre a realizzare linee guida per la pratica clinica specifiche per le singole neoplasie. Questa attività è utile a indirizzare l'*iter* diagnostico-terapeutico nei casi tipici, anche se la specificità dei casi di tumore raro e l'*expertise* multidisciplinare che il loro trattamento comporta richiedono spesso una condivisione del singolo caso.

L'attività di coordinamento strategico della Rete è assicurata presso il Ministero della salute da un gruppo tecnico di lavoro insediato dal Ministro della salute e composto da rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, dell'Agenzia italiana del farmaco e da esperti delle singole patologie.

Obiettivi del Progetto:

- realizzare l'inserimento della Rete Tumori Rari nelle *routine* del SSN, in tutte le Regioni italiane, sotto la *governance* del Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni;
- contribuire alla integrazione delle Reti oncologiche regionali con la Rete Tumori Rari, favorendone lo sviluppo metodologico e informatico.

Criticità da tenere presenti

Le Reti collaborative presentano una serie di problematiche, le più importanti delle quali sono:

- rispetto delle garanzie richieste dalle normative vigenti per la condivisione di dati sensibili;
- definizione della metodologia clinica della collaborazione a distanza;
- quantificazione del “tempo medico”. La collaborazione in rete comporta tempo medico lavorativo che aumenta i costi reali sanitari. Tuttavia è verosimile che vi sia un miglioramento del rapporto costo/efficacia con un ritorno immediato in termini di diminuzione dei costi da prestazioni improprie. Il Progetto deve pertanto attuare un modello economico che preveda la remunerazione delle prestazioni in rete e il supporto da parte di ciascuna Regione dei propri “*provider*”, a fronte di una copertura dei costi centrali dell'infrastruttura di rete.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **15 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)

5. Linea progettuale: Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto correlate.

A quasi venti anni dalla messa al bando totale dell'amianto, il mesotelioma pleurico e le altre patologie asbesto correlate continuano a mietere un numero elevatissimo di vittime.



3000-4000 morti all'anno conseguenti non solo all'uso diretto dell'amianto (circa il 66% dei casi secondo l'ultimo rapporto diffuso dal Registro Nazionale Mesoteliomi - ReNaM) ma anche alla presenza di questo materiale nei cicli produttivi, negli ambienti di lavoro e negli edifici, nonché ad esposizioni domestiche ed ambientali.

La gravità e la diffusione di questa patologia è testimoniata dalla copiosa attività legislativa dalla quale, tra l'altro, emerge l'importanza fondamentale di una capillare sistematica attività di raccolta, integrazione ed analisi di dati e la successiva disseminazione delle informazioni a livello sia regionale che nazionale.

La sorveglianza epidemiologica dei mesoteliomi e l'analisi delle esposizioni ad amianto è in corso in molti Paesi. In alcuni di questi l'informazione avviene attraverso procedure di *linkage* tra registri tumori di popolazione, dati censuari ed archivi dei dati professionali, in altri, tra cui l'Italia, la sorveglianza si basa principalmente sulla ricerca attiva dei casi attraverso una rete delle strutture che possono diagnosticare la malattia.

L'Italia, secondo paese produttore di amianto in Europa fino alla fine degli anni '80, in recepimento dell'art. 17 della Direttiva Comunitaria n. 83/477 che prescriveva "per gli stati membri l'obbligo di predisporre un Registro dei casi accertati di asbestosi e di mesotelioma", con il D.Lgs. 15.8.1991 n. 277 ha istituito presso l'ISPESL il ReNaM, che processa a livello nazionale i dati raccolti ed elaborati, secondo standard operativi concordati, dai Centri Operativi Regionali (COR) presso i quali dovrebbero avere sede i Registri Regionali dei Mesoteliomi.

Non tutte le Regioni hanno adempiuto a questo compito e, laddove il sistema è operativo, le indagini coinvolgono categorie limitate e disomogenee di persone.

Al di là delle attività di sorveglianza, in ogni caso, in quasi tutte le Regioni va completata l'individuazione di tutte le fonti di rischio e la bonifica dei siti inquinati e, soprattutto, vanno implementati percorsi strutturati di diagnosi precoce e di presa in carico delle patologie asbesto-correlate.

Quanto sopra premesso, si richiede alle Regioni l'elaborazione e la presentazione di progetti coerenti con i seguenti indirizzi, fatta salva la possibilità di integrarli nel modo ritenuto adeguato alle specifiche realtà locali:

1. individuazione delle fonti di rischio (e relative bonifiche ambientali);
2. sorveglianza della esposizione della popolazione generale nei punti di evidente crisi;
3. sorveglianza degli esposti ed ex-esposti professionali;
4. strutturazione di un percorso di presa in carico delle patologie asbesto-correlate.

In particolare:

- per quanto riguarda il punto 1) si rende necessario un programma che disegni un piano particolareggiato di bonifica completo di previsioni temporali e finanziarie costruito sulla lista dei comparti a rischio amianto storicamente noti ed aggiornato continuamente sulla scorta delle fonti di contaminazione misconosciute o inattese che emergono dalla ricerca attiva dei casi di mesotelioma e dalla conseguente ricostruzione delle modalità che li hanno generati;
- per quanto riguarda i punti 2) e 3) si rendono necessari:
 - o programmi che prevedano l'istituzione del COR e del Registro dei mesoteliomi maligni nelle Regioni dove questo processo non è ancora stato attivato (ricercando sinergie tra le Regioni stesse per attingere al *know how* di quelle che abbiano già attivato programmi in tal senso, e consultando le banche dati INAIL, i dati del censimento AReA, elaborato dall'ISPESL e raccolto in database suddivisi per Regioni, nonché gli archivi storici dei Servizi Territoriali di Prevenzione, Igiene e Sicurezza delle ASL) ovvero (per



le Regioni che abbiano già attivato il Registro) un programma volto ad estendere all'intera popolazione regionale la copertura del registro a prescindere dai dati attinti da fonti istituzionali (INAIL, ISPESL, ISTAT, Procure) o private come Patronati o Associazioni;

- un programma di diagnosi precoce volto a contrastare l'aumentato rischio di ca polmonare negli esposti ed ex esposti (professionalmente o meno) ad amianto;

- per quanto riguarda il punto 4) si rendono necessari:

- la formalizzazione del disegno di presa in carico delle patologie asbesto-correlate (e del mesotelioma, in particolare), con l'individuazione di almeno un Centro clinico di riferimento regionale;

- un programma di informazione sui diritti degli ex esposti ad amianto e sulle normative per ottenere il riconoscimento della natura esogena (occupazionale o ambientale) della patologia.

Per la realizzazione di questa linea progettuale si introduce un vincolo di **10 milioni di euro** da ripartirsi secondo la tabella allegata al presente accordo (Allegato B – tab. 2)



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

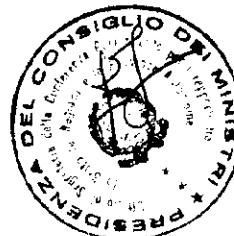
ALLEGATO B - TAB. 1

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012 - parte I

Vincoli sulle risorse destinate alla prosecuzione ed integrazione di linee progettuali già avviate in applicazione degli Accordi 8 luglio 2010 e 20 aprile 2012

REGIONI	Popolazione riparto 2012	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Linea progettuale 1: interventi di assistenza primaria	Linea progettuale 2: Non autosufficienza	2 a): di cui per assistenza pazienti affetti da malattie neurologiche invalidanti	2 b) di cui per assistenza pazienti affetti da demenza	2 c) di cui per Linea progettuale Stato Vegetativo	Linea progettuale 4: Cure palliative	Linea progettuale 5: Biobanche di materiale umano	Linea progettuale 8: Tutela della maternità	Linea progettuale 9: Malattie Rare	Linea progettuale 13: Piano Nazionale Prevenzione
TIEMONTE	4.457.335	4.457.335	118.172.527	29.543.132	19.784.988	1.648.749	1.648.749	1.648.749	8.243.745	1.236.562	1.648.749	1.648.749	19.784.988
VAL D'AOSTA	128.230	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COMBARDIA	9.917.714	9.917.714	262.937.680	65.734.420	44.022.237	3.668.520	3.668.520	3.668.520	18.342.599	2.751.390	3.668.520	3.668.520	44.022.237
BOLZANO	507.637	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	529.457	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENEZIA	4.937.854	4.937.854	130.912.010	32.728.003	21.917.891	1.826.491	1.826.491	1.826.491	9.132.455	1.369.868	1.826.491	1.826.491	21.917.891
FRIULI	1.235.808	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IGERIA	1.616.788	1.616.788	42.864.161	10.716.040	7.176.515	598.043	598.043	598.043	2.990.215	448.532	598.043	598.043	7.176.515
EMILIA R.	4.432.418	4.432.418	117.511.929	29.377.982	19.674.388	1.639.532	1.639.532	1.639.532	8.197.662	1.229.649	1.639.532	1.639.532	19.674.388
TOSCANA	3.749.813	3.749.813	99.414.757	24.853.689	16.644.476	1.387.040	1.387.040	1.387.040	6.935.198	1.040.280	1.387.040	1.387.040	16.644.476
UMBRIA	906.486	906.486	24.032.688	6.008.172	4.023.663	335.305	335.305	335.305	1.676.526	251.479	335.305	335.305	4.023.663
MARCHE	1.565.335	1.565.335	41.500.043	10.375.011	6.948.128	579.011	579.011	579.011	2.895.053	434.258	579.011	579.011	6.948.128
AZIO	5.728.688	5.728.688	151.878.541	37.969.635	25.428.205	2.119.017	2.119.017	2.119.017	10.595.085	1.589.263	2.119.017	2.119.017	25.428.205
ABRUZZO	1.342.366	1.342.366	35.588.705	8.897.176	5.958.425	496.535	496.535	496.535	2.482.677	372.402	496.535	496.535	5.958.425
MOLISE	319.780	319.780	8.477.983	2.119.496	1.419.423	118.285	118.285	118.285	591.426	88.714	118.285	118.285	1.419.423
CAMPANIA	5.834.056	5.834.056	154.672.050	38.668.012	25.893.907	2.157.992	2.157.992	2.157.992	10.789.961	1.618.494	2.157.992	2.157.992	25.893.907
PUGLIA	4.091.259	4.091.259	108.467.148	27.116.787	18.160.069	1.513.339	1.513.339	1.513.339	7.566.696	1.135.004	1.513.339	1.513.339	18.160.069
BASILICATA	587.517	587.517	15.576.206	3.894.052	2.607.840	217.320	217.320	217.320	1.086.600	162.990	217.320	217.320	2.607.840
CALABRIA	2.011.395	2.011.395	53.325.951	13.331.488	8.928.076	744.006	744.006	744.006	3.720.032	538.005	744.006	744.006	8.928.076
SICILIA (*)	5.051.075	5.051.075	68.148.690	17.037.173	11.409.767	950.814	950.814	950.814	4.754.070	713.110	950.814	950.814	11.409.767
SARDEGNA	1.675.411	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.626.442	54.069.296	1.433.481.071	358.370.268	240.060.060	20.000.000	20.000.000	20.000.000	100.000.000	15.000.000	20.000.000	20.000.000	240.000.000

*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L.296/2006 (49,11%) sul parametro popolazione. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla regione Siciliana ammonta a 60.517.547,96 euro





Ministero della Salute
DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

ALLEGATO B - TABELLA 2

Linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2012 Parte II

Vincoli sulle risorse destinate ad ulteriori linee progettuali per l'anno 2012

REGIONI	Popolazione riparto 2012	Popolazione di riferimento	Somma disponibile	Totale vincoli su linee progettuali di cui alla tabella 1	Linea progettuale 1: Contrasto delle disuguaglianze in sanità	Linea progettuale 2: Promozione dell'approccio di genere in sanità	Linea progettuale 3: Diagnosi da infezione da HIV	Linea progettuale 4: Promozione di rete nazionale per i tumori rari	Linea progettuale 5: Sorveglianza epidemiologica Amianto
PIEMONTE	4.457.335	4.457.335	118.172.527	81.890.914	4.121.873	824.375	1.236.562	1.236.562	824.375
VAL D'AOSTA	128.230	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	9.917.714	9.917.714	262.937.680	182.209.922	9.171.299	1.834.260	2.751.390	2.751.390	1.834.260
BOLZANO	507.657	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTO	529.457	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	4.937.854	4.937.854	130.912.010	90.719.090	4.566.227	913.245	1.369.868	1.369.868	913.245
FRUII	1.235.808	-	-	-	-	-	-	-	-
LIGURIA	1.616.788	1.616.788	42.864.161	29.703.903	1.495.107	299.021	448.532	448.532	299.021
EMILIA R.	4.432.418	4.432.418	117.511.929	81.433.134	4.098.831	819.766	1.229.649	1.229.649	819.766
TOSCANA	3.749.813	3.749.813	99.414.757	68.892.200	3.467.599	693.520	1.040.280	1.040.280	693.520
UMBRIA	906.486	906.486	24.032.688	16.654.114	838.263	167.653	251.479	251.479	167.653
MARCHE	1.565.335	1.565.335	41.500.043	28.758.600	1.447.527	289.505	434.258	434.258	289.505
LAZIO	5.728.688	5.728.688	151.878.541	105.248.426	5.297.543	1.059.509	1.589.263	1.589.263	1.059.509
ABRUZZO	1.342.366	1.342.366	35.588.705	24.662.176	1.241.339	248.268	372.402	372.402	248.268
MOLISE	319.780	319.780	8.477.983	5.875.052	295.713	59.143	88.714	88.714	59.143
CAMPANIA	5.834.056	5.834.056	154.672.050	107.184.265	5.394.981	1.078.996	1.618.494	1.618.494	1.078.996
PUGLIA	4.091.259	4.091.259	108.467.148	75.165.303	3.783.348	756.670	1.135.004	1.135.004	756.670
BASILICATA	587.517	587.517	15.576.206	10.793.962	543.300	108.660	162.990	162.990	108.660
CALABRIA	2.011.395	2.011.395	53.325.951	36.953.690	1.860.016	372.003	558.005	558.005	372.003
SICILIA (*)	5.051.075	2.570.492	68.148.690	47.225.516	2.377.035	475.407	713.110	713.110	475.407
SARDEGNA	1.675.411	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	60.626.442	54.069.296	1.433.481.071	993.370.268	50.000.000	10.000.000	15.000.000	15.000.000	10.000.000

(*) Per la Sicilia sono state effettuate le ritenute previste come concorso della regione ex comma 830 della L. 296/2006 (49,11%) sul parametro popolazione. Ne consegue che la quota parte finanziata dalla regione Siciliana ammonta a 60.517.547,96 euro

Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate ai sensi dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009. **Accordo 25 marzo 2009**

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

**OMISSIS testo Accordo 25 marzo 2009
VEDI ALLEGATO P.O. Cure Primarie
confermato da Accordo 8 luglio 2010**

1. LE CURE PRIMARIE

Nel corso dell'ultimo decennio, una parte significativa dei servizi sanitari pubblici dei Paesi occidentali più avanzati ha riconosciuto la strategicità dei sistemi di assistenza primaria per garantire una più efficace presa in carico dei nuovi bisogni di salute e di assistenza. Questa scelta ha ispirato le principali linee politiche finora messe in campo. Oggi siamo, infatti, di fronte a cambiamenti che impongono alla sanità pubblica scenari di assistenza assai diversi rispetto al passato: la migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione, il conseguente incremento della incidenza delle malattie croniche e degenerative pongono, infatti, la necessità di riorganizzare il sistema per garantire una efficace presa in carico anche di cronicità e disabilità e portano con sé l'esigenza di rafforzare i sistemi di cure primarie per offrire adeguati livelli di assistenza alternativi e più efficaci. In questo contesto sono fondamentali:

- la programmazione e la valutazione dei bisogni dei cittadini, anche ai fini della definizione delle priorità;
- l'appropriatezza, l'uso razionale delle risorse e il filtro verso le cure secondarie e terziarie;
- il coordinamento, la continuità delle cure e la gestione complessiva dei percorsi assistenziali, a partire dal primo contatto con il paziente.

Le Cure Primarie devono rispondere a queste nuove esigenze e in questo senso possono essere individuate come "l'area sistema" nella quale si realizza l'approccio primario alla promozione e tutela della salute della popolazione.

Esse rappresentano l'organizzazione che garantisce e rafforza il raccordo non solo con e tra i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), con i Pediatri di Libera Scelta (PLS), ma anche con gli Specialisti ambulatoriali, convenzionati e ospedalieri, gli Infermieri e i Tecnici della Riabilitazione, gli Assistenti Sociali e gli Addetti all'Assistenza, allo scopo di garantire, riqualificare e razionalizzare la continuità assistenziale. Le cure primarie costituiscono un sistema complesso ed articolato di cui si è parlato già molto ma che tuttavia, a fronte delle differenze ancora esistenti nei diversi ambiti regionali, ha bisogno di essere fortemente potenziato, specie in alcune regioni dell'Italia meridionale.

Un rafforzamento di tale componente del S.S.N. appare di assoluta importanza al fine di incrementare il generale livello di efficienza ed adeguatezza del sistema, che deve essere in grado di intercettare e soddisfare sul territorio le esigenze socio-sanitarie dei pazienti.

Affinché il MMG possa effettivamente assumere il ruolo di principale riferimento sul territorio del cittadino, l'associazionismo è una scelta obbligata per ottimizzare il servizio di assistenza al cittadino e garantirne la continuità.

L'associazionismo permette di attuare una assistenza territoriale integrata attraverso le diverse modalità organizzative che rendono possibile lo scambio di informazioni cliniche e l'integrazione tra ospedale e territorio finalizzata allo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali dedicati. La condivisione di spazi e di attrezzature permette una ottimale fruizione degli stessi, l'utilizzo più efficiente del personale di supporto, la garanzia di una copertura oraria maggiore dell'attività ambulatoriale, la possibilità di un'organizzazione del lavoro più flessibile.

Inoltre, dà la possibilità di poter sviluppare l'eventuale attività vocazionale (medicina specialistica) di ogni medico di medicina generale. Deve inoltre essere preso in considerazione l'utilizzo di sistemi informatici, di telemedicina e teleconsulto.

A tale scopo, le Regioni possono avviare progetti finalizzati a:

1. garantire la continuità delle cure, mediante gestione integrata del paziente da parte dei

- servizi territoriali ed ospedalieri;
2. perseguire il coordinamento funzionale dell'attività di MMG, PLS, specialisti convenzionati con i servizi e le attività del distretto;
 3. garantire un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali;
 4. realizzare forme di maggiore fruibilità e accessibilità da parte dei cittadini ai servizi e alle attività territoriali;
 5. utilizzare strumenti informatici, di telemedicina e teleconsulto, per la gestione del paziente;

1.1 Assistenza h 24: “riduzione degli accessi impropri al PS e miglioramento della rete assistenziale”

L'aumentata domanda di assistenza sanitaria da parte dei cittadini, che sta caratterizzando quest'ultimo periodo, si manifesta anche attraverso un maggior ricorso alle strutture del Pronto Soccorso: l'utente si rivolge al P.S. per un sempre maggior bisogno di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o percepite come tali e per la convinzione di ottenere un inquadramento clinico terapeutico migliore e in tempi brevi. In molti casi si tratta di accessi "impropri" dal punto di vista sanitario che potrebbero essere gestiti fuori dal Pronto Soccorso. Peraltro, il modello organizzativo della medicina territoriale non sempre ha assicurato risposte efficaci alle esigenze del cittadino.

Il Pronto Soccorso, pertanto, in quanto unica struttura aperta 24 ore, è diventato per i cittadini punto prevalente di riferimento anche per le richieste che dovrebbero essere erogate da altri servizi.

La crescita esponenziale della domanda verso le strutture di Pronto Soccorso è stata affrontata in questi anni introducendo strumenti quali la partecipazione alla spesa per i casi di minore gravità (codici bianchi), utilizzando il metodo del “Triage” per un corretto e appropriato svolgimento delle attività e promuovendo, nel contempo, lo sviluppo di forme di associazionismo dei MMG con lo scopo di “orientare” gradualmente la richiesta di assistenza dei cittadini, che attualmente hanno come punto di riferimento il Pronto Soccorso, verso le strutture territoriali: ciò nonostante il fenomeno dell'iperafflusso non è stato completamente risolto.

Bisogna, quindi, prendere atto dell'evoluzione della domanda di salute rispondendo con nuove modalità organizzative, diversificate e ad elevata flessibilità, adattabili ai diversi contesti territoriali, metropolitano, urbano ed extraurbano, con la consapevolezza che nessun modello organizzativo è in grado da solo di risolvere con efficacia il problema.

Risulta che in alcune realtà locali sono già stati realizzati modelli organizzativi ospedalieri e/o territoriali. Per quanto riguarda i modelli ospedalieri è da sottolineare che si tratta di modelli utilizzabili preferibilmente nella sola fase di transizione. I modelli territoriali, invece, costituiscono le vere risposte cui far riferimento per una definitiva risoluzione della problematica assistenziale in questione.

Nell'attivazione dei modelli organizzativi, si deve tenere conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, delle principali evidenze epidemiologiche e della presenza di strutture ospedaliere sede di Pronto Soccorso.

Le Regioni pertanto possono predisporre progetti finalizzati a realizzare o potenziare lo sviluppo di modalità organizzative che consentano la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza ed il miglioramento della rete assistenziale territoriale, quali ad esempio:

- attivazione di Ambulatori per la gestione dei codici di minore gravità (codici bianchi) presso i PS dei presidi ospedalieri dove si registra frequentemente un iperafflusso di utenti;

- attivazione di Punti di Primo Intervento in aree territoriali disagiate o prive di presidi sanitari, per garantire una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza e a situazioni di minore gravità;
- attivazione di Presidi Ambulatoriali Distrettuali, gestiti dai medici di Continuità Assistenziale, quale punto di riferimento dell'assistenza territoriale per il cittadino che deve identificare un luogo fisico dove trovare risposta assistenziale continuativa in H 24.

Contestualmente alla realizzazione di tali modelli, possono essere predisposti anche specifici progetti inerenti:

- programmi di formazione del personale che opererà in tale ambito,
- dotazione di sistemi informatici che consentano il collegamento e lo scambio di informazioni tra i vari soggetti coinvolti nell'attività,
- campagne informative per educare la popolazione al corretto utilizzo dei servizi ospedalieri e territoriali.

1.2 Il Progetto “Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie” PUNTO 1.2. ELIMINATO DA ACCORDO STATO REGIONI 8 LUGLIO 2010

2 LA NON AUTOSUFFICIENZA

Pur non essendo al momento disponibile una definizione unica e condivisa di “non autosufficienza” poiché spesso tra le diverse definizioni sono riscontrabili alcuni elementi di eterogeneità che non contribuiscono a fare chiarezza, si ritiene opportuno accettare quella che definisce le persone non autosufficienti come “*coloro che subiscono una perdita permanente, totale o parziale delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana*”. Tale condizione comporta una profonda modificazione nell'organizzazione della vita quotidiana ed il sopraggiungere di nuove necessità, oltre che per la persona non autosufficiente anche per coloro che se ne prendono cura.

In Italia, secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'ISTAT, le persone non autosufficienti sono 2.615.000 di cui ben 2 milioni sono persone anziane. Si tratta di persone che riferiscono una totale mancanza di autonomia per almeno una delle funzioni che permettono di condurre

una vita quotidiana normale e, se si considerano anche le persone che hanno bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali come alzarsi da un letto o da una sedia, lavarsi o vestirsi, il numero sale di molto fino a quasi 7 milioni, circa il 13% dell'intera popolazione.

La non autosufficienza rappresenta, pertanto, una grande problematica assistenziale, che tende ad assorbire crescenti risorse nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari per cui risulta assolutamente necessario contrastare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinare e ad aggravare la situazione di non autosufficienza sia attraverso interventi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) che attraverso il rafforzamento delle reti assistenziali, con una forte integrazione dei servizi sanitari e sociali.

In tale ottica diviene di fondamentale importanza l'incremento dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) considerato uno degli obiettivi prioritari che il SSN vuole perseguire in tutto il territorio per garantire alla persona fragile e/o non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio, con l'applicazione di un progetto di cura e assistenza multiprofessionale.

A tal fine in coerenza con la normativa (Dlgs. 502/92, L. 419/98, DPCM 14/2/01, DPCM 29/11/01, Legge 8 /11/2000, n. 328) si ritiene che le Regioni possano avviare specifiche progettualità finalizzate a:

- incrementare la costituzione, in ambito territoriale dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle persone non autosufficienti attraverso la segnalazione del medico curante, del MMG, dei familiari, dei servizi sociali, dell'utente stesso;
- potenziare l'adozione di percorsi assistenziali specifici che vedono la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso una valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale (Piano Individuale di Assistenza – PAI), finalizzato a tutelare la dignità della persona in ambito domiciliare (ADI) e in ambito residenziali e semiresidenziali (RSA);
- formulare linee guida e protocolli volti ad omogeneizzare, a livello territoriale e nelle strutture Residenziali e Semiresidenziali, i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale;
- istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare, al fine di consentire nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la raccolta delle informazioni riguardo l'assistenza domiciliare e la relativa gestione da parte del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, secondo quanto disciplinato dal D.M. 17/12/2008: *“Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”*;
- istituire un Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio delle prestazioni residenziali e semiresidenziali al fine di consentire, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la raccolta delle informazioni relative alle prestazioni residenziali e semiresidenziali intese come complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti e non assistibili a domicilio, secondo quanto disciplinato dal D.M. 17/12/2008 *“Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semi-residenziali”*.

3. LA PROMOZIONE DI MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO E DI MINIMA COSCIENZA NELLA FASE DI CRONICITA'.

In tutti i paesi occidentali le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) colpiscono un numero sempre maggiore di persone con un trend in continua crescita. L'Italia si colloca ai primi posti nel mondo relativamente al peso di queste patologie che comportano allo stato attuale un impegno superiore al 20% della spesa sanitaria.

Una grave e diffusa lesione del Sistema Nervoso Centrale determina gravi alterazioni dello stato di coscienza fino allo stato di coma. Gli esiti del coma possono portare a condizioni residuali diverse come ad esempio la condizione di Stato Vegetativo (SV) o lo Stato di Minima Coscienza (SMC). Le cause possono essere di varia natura: traumatica, infiammatoria acuta, vascolare o anossica, metaboliche o degenerative nell'anziano. Inoltre lo SV o lo SMC possono derivare da malattie evolutive dell'infanzia su base genetica o essere esito di malattie neoplastiche. Le cause traumatiche e cerebrovascolari hanno tra tutte la netta prevalenza.

Lo Stato Vegetativo (SV) è una condizione funzionale del cervello, che insorge subito dopo l'evento acuto che lo ha determinato, diventando riconoscibile solo quando finisce il coma che, sovrapponendosi, lo maschera (Dolce e Sazbon, 2002).

Lo Stato Vegetativo realizza una condizione di grave disabilità neurologica, potenzialmente reversibile, che si caratterizza per:

1. non evidenza della consapevolezza di sé e dell'ambiente;
2. non evidenza di risposte comportamentali sostenute, riproducibili, intenzionali o volontarie a stimoli visivi, uditivi, tattili o dolorosi;
3. non evidenza di comprensione o produzione verbale;
4. intermittente vigilanza che si manifesta con la presenza di cicli sonno-veglia (ad es. periodi di apertura spontanea degli occhi);
5. sufficiente conservazione delle funzioni autonome da permettere la sopravvivenza con adeguate cure mediche;
6. incontinenza urinaria e fecale;
7. variabile conservazione dei nervi cranici e dei riflessi spinali.

Lo Stato Di Minima Coscienza si distingue dallo Stato Vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza. Anche se possono comparire in modo inconsistente, essi sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da comportamenti riflessi. L'evidenza è dimostrata dalla consistenza o dalla complessità della risposta comportamentale, per cui una risposta complessa come la verbalizzazione intelligibile può essere di per sé sufficiente per manifestare la presenza di attività di coscienza (Aspen Consensus Group).

Poiché, oltre il numero, anche l'aspettativa di vita di persone in condizioni di bassa responsabilità dovuta ad un danno delle strutture cerebrali è in progressivo aumento, grazie al progresso delle conoscenze e delle tecniche nel campo della Rianimazione e al miglioramento della qualità dell'assistenza (nursing), l'approccio assistenziale e riabilitativo, di questi soggetti, rappresenta un problema di grande rilevanza medica e sociale. Si tratta di persone che non sono in grado di provvedere autonomamente ai bisogni primari della vita e che necessitano di essere sostenute ed accudite in tutte le loro funzioni, anche le più elementari. Si tratta di situazioni di disabilità gravissima e cosiddetta non emendabile, le cui caratteristiche sono l'andamento cronico, il profondo impatto psicologico ed operativo sulla famiglia e sul team di assistenza e la persistenza per tempi lunghi di problemi assistenziali complessi. La fase di cronicità, che subentra solitamente dopo alcuni mesi (3-6 per pazienti non traumatici e 12 per i traumatici), necessita di strutture e percorsi chiaramente definiti.

Il Piano Sanitario Nazionale prevede la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici e particolarmente vulnerabili attraverso il miglioramento e la diversificazione delle strutture sanitarie al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei propri familiari. Attualmente è stata rilevata una sensibile difformità da Regione a Regione, a volte anche nell'ambito della stessa Regione, riguardo al trattamento e agli oneri economici sostenuti per questi pazienti, sia

da strutture dedicate sia richiesti alla famiglia quando, nella fase di cronicità, il rientro domiciliare risulti possibile. Per le famiglie, gli oneri possono variare da un contributo richiesto trascorsi i primi sei mesi di permanenza nell'unità dedicata, alla completa copertura *sine die* della spesa da parte dell'ASL di residenza.

Alla luce di queste considerazioni e al fine di dare attuazione al PSN, nonché di uniformare su tutto il territorio nazionale l'approccio e la cura di detti pazienti le Regioni e le Province autonome possono predisporre progetti finalizzati a realizzare o potenziare nella fase di cronicità:

- percorsi assistenziali in Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per soggetti in SV o SMC;
- percorsi di assistenza domiciliare nei casi in cui le famiglie siano in grado e desiderose di farlo, previa attivazione della rete di supporti organizzativi e logistici necessaria.

3.1 Percorsi assistenziali nelle Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per soggetti in SV o in SMC

Le SUAP dedicate a soggetti in Stato vegetativo e SMC prolungati devono essere *separate e distinte* da aree di degenza ordinaria e dai reparti di riabilitazione intensiva o estensiva o di riabilitazione per Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Esse debbono invece essere inserite in RSA o CdR ma come unità distinte (si stima che vi debba essere una disponibilità di 30/40 letti per milione di abitanti).

L'*accesso* alle SUAP può essere effettuato direttamente da reparti di riabilitazione estensiva (cod.60 dell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere) per acuti o da strutture riabilitative per GCA (cod.75) o dal domicilio per "periodi di sollievo" (vedi paragrafo successivo).

Le SUAP devono essere inserite in un *sistema di rete regionale integrato* con i reparti ospedalieri e con il territorio anche per garantire una distribuzione geografica equilibrata.

In base ai dati epidemiologici nazionali, si stima debbano essere previsti non meno di 5 letti dedicati a SV e SMC prolungati ogni 100 mila abitanti e il numero di letti dedicati dovrà essere periodicamente aggiornato in base ai dati nazionali.

3.2 Percorsi di assistenza domiciliare

Il rientro domiciliare, laddove possibile, deve essere incentivato in particolare per i soggetti giovani. A fronte di tale auspicio occorre tuttavia segnalare come il carico assistenziale (con il devastante coinvolgimento emozionale, relazionale, di tempo e di risorse economiche) sia molto elevato come risulta dai dati presentati nella Consensus Conference di Verona 2005 (media di 90 ore assistenza settimanali). Prima del rientro a domicilio è dunque necessario che il team riabilitativo delle UGC (cod 75) o delle altre strutture di ricovero valuti la capacità della famiglia di poter gestire tali situazioni a domicilio.

Preso atto della situazione clinica, deve quindi essere precocemente attivata l'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) (medica, infermieristica, fisioterapica, sociale) del territorio/ASL della persona in SV o in SMC per organizzare il rientro domiciliare protetto. L'UVM provvede alla valutazione sociale e psicologica del nucleo familiare, alla valutazione del domicilio e supporto agli adattamenti necessari e inoltre alla definizione del programma personalizzato socio-assistenziale.

Il Distretto, attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, coinvolge il Medico di medicina generale del soggetto, informa i familiari sui servizi territoriali forniti con specifica "carta dei servizi" e sulla esistenza eventuale di associazioni famigliari nel territorio di residenza, identifica il case-manager (infermiere) di ogni soggetto, forma i familiari e il care-

giver, stabilisce una alleanza terapeutica con familiare/amministratore di sostegno/ care-giver. Inoltre, il Distretto fornisce ausili e sussidi indispensabili ritenuti tali dall'UVM e prevede la possibilità di periodi programmati di ricovero di "solievo" presso le SUAP dedicate (vedi paragrafo precedente).

La valutazione deve essere ripetuta annualmente non solo al fine di aggiornare il piano terapeutico-assistenziale ma anche di permettere un follow-up specifico e personalizzato con raccolta di dati gestiti, ove possibile, attraverso programmi informatizzati.

Il Servizio Territoriale dell'ASL di residenza è tenuto a fornire assistenza di nursing domiciliare (non meno di due ore al giorno), a verificare periodicamente la situazione psicologica e sociale della famiglia e ad individuare eventuali necessità e provvedimenti da adottare. Inoltre programma eventuali modifiche di percorso del soggetto con SV e SMC quando necessari o consigliabili.

Il servizio di riabilitazione domiciliare della ASL può fornire interventi di riabilitazione di mantenimento a giudizio del fisiatra del servizio medesimo.

Il Medico di medicina generale deve verificare periodicamente o su chiamata eventuali necessità sanitarie intercorrenti.

Laddove possibile, il soggetto con SV e SMC deve poter essere accolto per 1-2 volte a settimana presso un centro diurno territoriale, sia con finalità socializzante che per consentire al care-giver di potersi assentare da casa.

E' opportuno che i familiari abbiano punti di riferimento (cod 75 o 56) per eventuali bisogni valutativi in ordine al cambio di programma (ausili, comunicazione, interventi chirurgia funzionale etc.) ed i pazienti abbiano percorsi dedicati.

Andrebbero previsti "circuiti virtuosi" di *volontari* che si recano presso le famiglie al cui interno sono assistiti soggetti in SV e in SMC.

Sarebbe auspicabile, ove possibile, a supporto delle attività che riguardano i pazienti in SV, l'utilizzo di strumenti informatici, a livello regionale, che raccolgano dati sulle varie fasi del percorso assistenziale dei pazienti (accessi in ospedale per patologie acute, periodi di soggiorno in strutture per riabilitazioni o altro, domiciliazione ecc.).

4. LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE

Nonostante gli sforzi compiuti, sia a livello nazionale che da parte delle Regioni e delle Province, la risposta assistenziale del Paese sulle tematiche riguardanti il dolore, sia cronico sia riferito alla fase terminale della vita, soprattutto a livello pediatrico, è ancora scarsa, lacunosa e disomogenea soprattutto a livello territoriale.

Inoltre si presenta concentrata in gran parte sui malati oncologici di cui, comunque, si mostra incapace di intercettare l'intero fabbisogno, viene erogata in gran parte nei pronto soccorsi, nei reparti per acuti o intensivi delle strutture ospedaliere o a domicilio, da parte dei familiari non adeguatamente supportati per compiti di tale complessità ed esposti a devastanti impatti sociali.

I 126 hospice realizzati negli ultimi dieci anni (86 con finanziamento dello Stato e 40 con altri fondi) più che divenire i nodi di una rete assistenziale integrata (sia pure a livello regionale) hanno costituito lodevoli realtà costrette ad operare senza una regia regionale che le collegasse stabilmente con gli ospedali, con le strutture socio sanitarie e socio assistenziali del territorio, con i MMG ed i pediatri attraverso percorsi strutturali condivisi e monitorati.

Anche per quanto riguarda la terapia del dolore, il progetto "ospedale senza dolore", all'infuori di poche realtà regionali, non è decollato concretamente come si auspicava e, per questo motivo, all'interno della Commissione ministeriale "Programmazione" è attivo un sottogruppo di lavoro dedicato all'elaborazione di un modello assistenziale nazionale che possa fornire risposte certe a questo bisogno primario della popolazione.

Con il progetto complessivo di implementazione di una rete assistenziale per la terapia del dolore si intende riorganizzare e sistematizzare l'esistente, al fine di ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali disponibili, in particolare rafforzando l'offerta assistenziale nel territorio per il paziente adulto e pediatrico.

Per raggiungere tale obiettivo si intende sperimentare un nuovo modello organizzativo, integrato nel territorio, nel quale il livello assistenziale viene scomposto in tre nodi complementari: i centri di riferimento di terapia del dolore (hub), l'ambulatorio di terapia antalgica (spoke) e il presidio ambulatoriale territoriale con competenze di terapia antalgica (gestito da un team di MMG) realizzando così le reti regionali contro il dolore acuto e cronico.

Occorre quindi che le regioni, anche quelle che su questi temi sono avanzate con maggiore celerità ed efficacia, rileggano i termini del problema e tarino le loro azioni anche alla luce di quanto ormai consolidato nella cultura scientifica in Italia e nel mondo.

Si ritiene che i principali punti di riferimento di tale operazione vadano individuati in:

- allargamento delle cure palliative anche a pazienti non oncologici;
- riconoscimento della criticità e specificità dei problemi legati alla necessità di percorsi organizzativi differenziati per le cure palliative pediatriche;
- riconoscimento della inidoneità, sotto il profilo terapeutico ed economico, delle strutture ospedaliere a gestire le problematiche in questione. E' opinione largamente condivisa che, non appena le condizioni cliniche lo consentano, il paziente, soprattutto in età pediatrica, debba essere affidato ad una adeguata assistenza domiciliare o, solo laddove non sia opportuno o possibile, ad una struttura protetta (hospice);
- coinvolgimento essenziale di tutti gli attori : dalle famiglie ai MMG ai pediatri, dagli hospice agli ambulatori, fino all'ospedale. E' essenziale, infatti, perché questo modello funzioni, che essi comunichino tra loro, coordinando le proprie azioni in modo da non sovrapporsi o, il che sarebbe peggio, lasciare dei vuoti nella continuità dell'assistenza.
- garanzia di una omogenea qualità ed accessibilità dell'assistenza;
- attivazione di percorsi formativi e di aggiornamento professionali specifici per MMG, pediatri, medici ospedalieri e tutti gli operatori socio sanitari coinvolti in particolare in campo pediatrico;
- sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa garantendo al paziente in carico alla rete continuità assistenziale tra hospice e domicilio;
- superamento del progetto "ospedale senza dolore" considerando un nuovo progetto che veda un maggior coinvolgimento del territorio e dei MMG o pediatri di famiglia nelle diverse fasi assistenziali;
- favorire l'utilizzo dei farmaci oppiacei.

Alla luce di quanto sopra, le Regioni sono invitate a presentare, coerentemente con il livello di organizzazione raggiunto da ciascuna in merito alla problematica, progetti diretti alla:

1. ricognizione, in ambito regionale, della situazione esistente in rapporto ai bisogni della popolazione residente sia sulle cure palliative che sulla terapia del dolore;
2. definizione della rete infrastrutturale e quantificazione delle infrastrutture da realizzare ex novo per coprire il fabbisogno di cure palliative e di terapia del dolore;
3. definizione della rete organizzativa ed informatica che si ritiene di dover attivare per garantire, nelle cure palliative, una regia unitaria ed una comunicazione efficace tra i vari attori;

4. definizione di un piano di formazione e di aggiornamento del personale, riguardante cure palliative e terapia del dolore, completo di criteri di valutazione;
5. definizione di reti di terapia del dolore coerentemente con quanto sviluppato a livello centrale;
6. realizzazione di campagne informative sull'utilizzo di farmaci oppiacei;
7. valutazione del processo assistenziale palliativo nel caso di presenza residenziale e non domiciliare.

5 . INTERVENTI PER LE BIOBANCHE DI MATERIALE UMANO

In riferimento a quanto previsto dal PSN 2006-2008 in materia di qualificazione delle reti assistenziali, si individua tra gli obiettivi qualificanti quello degli interventi in materia di biobanche.

Le “**biobanche**” sono unità di servizio situate all'interno di strutture sanitarie pubbliche o private, senza fini di lucro diretto, finalizzate alla raccolta, alla lavorazione, alla conservazione, allo stoccaggio e alla distribuzione di materiale biologico umano, a scopo di indagine diagnostica, ricerca e uso terapeutico. Rappresentano un fattore determinante per lo sviluppo dell'assistenza e della ricerca.

In ambito sanitario, possono essere distinte due diverse tipologie di biobanche:

1. biobanche di materiale biologico umano utilizzato per la diagnosi, studi sulla biodiversità e ricerca;
2. biobanche a scopo terapeutico, nelle quali il materiale biologico conservato (tessuti e/o cellule) è destinato ad applicazioni sull'uomo.

Il materiale biologico umano (cellule, tessuti e liquidi biologici) conservato nelle “biobanche” ad uso diagnostico, di ricerca o terapeutico può derivare da:

- a) accertamenti diagnostici;
- b) interventi terapeutici;
- c) prelievo di tessuti, cellule donati/prelevati per uso terapeutico (trapianto) o per riproduzione assistita previo consenso del donatore o dei familiari aventi diritto;
- d) donazione di organi, tessuti, cellule e liquidi biologici prelevati specificamente a scopo di ricerca.

Le biobanche terapeutiche attualmente presenti in Italia, per la conservazione di tessuti e cellule, sono in numero di:

- a) 15 banche per le cornee;
- b) 5 banche per la cute;
- c) 6 banche di tessuto muscolo – scheletrico;
- d) 5 banche di tessuto vascolare e valvole cardiache;
- e) 17 banche di cellule staminali da sangue cordonale;
- f) 109 banche di cellule staminali emopoietiche da sangue periferico e da sangue midollare.

Sono inoltre da ricordare 3 centri dove vengono preparate e distribuite isole pancreatiche e 2 dove vengono preparati e distribuiti epatociti.

L'attività svolta da queste strutture è strettamente collegata e inserita nella rete trapiantologica costituita da una complessa organizzazione in cui il Centro Nazionale Trapianti (CNT), istituito con la legge n. 91 del 1° aprile 1999, svolge un ruolo importante nella gestione della stessa con funzioni di raccolta dei dati relativi alle attività di trapianto ed con il compito di fissare parametri relativi alla qualità del funzionamento delle strutture trapiantologiche. Il ruolo del CNT nell'ambito del trapianto di cellule staminali emopoietiche è meglio definito nel Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 191, nel quale (capo III), vengono stabiliti i

compiti che le autorità competenti (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Regioni e Province autonome con il supporto del CNT e del CNS, dell'ISS e dell'AIFA per gli specifici ambiti di competenza) sono chiamati a svolgere.

Tali compiti prevedono:

- *Vigilanza sull'approvvigionamento dei tessuti e delle cellule umani - Art. 5*
- *Ispezioni e misure di controllo - Art. 7*
- *Tracciabilità - Art. 8*
- *Importazione ed esportazione di tessuti e cellule umani - Art. 9*
- *Registro degli istituti dei tessuti e obbligo di presentare relazioni - Art. 10*
- *Notifica di eventi e reazioni avversi gravi - Art. 11*

L'attività delle "biobanche terapeutiche" o "istituti dei tessuti" come definite dal DLgs. 6 novembre 2007, n. 191, è autorizzata dalle Regioni e Province autonome di appartenenza in base alle disposizioni vigenti in materia, in conformità con una serie di Direttive Europee e di legislazioni nazionali di riferimento (DE 2004/23/CE, DE 2006/17/CE, DE 2006/86/CE, Conferenza Stato – Regioni 23/9/2004, Legge 21/10/2005 n. 219, DLgs. 6 novembre 2007, n. 191, Regolamento Unione Europea 1394/2007).

Dati attività

L'attività trapiantologica, negli anni 2005-2007 si è stabilizzata, superando le 4000 procedure annue. In particolare:

Donazione e trapianto di cellule staminali

Negli ultimi anni si è assistito anche in Italia ad un aumento del numero dei trapianti effettuati con cellule staminali cordonali, che sono passati da 72 nel 2007 a 98 nei primi 9 mesi del 2008;

Donazione e trapianto di tessuti

Complessivamente, i dati evidenziano un lieve calo delle donazioni e dei trapianti di cornea, una sostanziale stabilità negli anni delle donazioni e dei trapianti di cute, vasi e valvole e infine un significativo aumento delle donazioni e dei trapianti di tessuto muscolo-scheletrico; L'inserimento, quindi, della tematica "biobanche" tra i progetti obiettivi del fondo sanitario nazionale risponde ad una esigenza di attenzione rispetto ad un settore in forte sviluppo e determinante per i livelli di essenziali di assistenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Si ritiene, pertanto, che debbano essere presentati progetti atti al potenziamento di tre tipologie di "biobanca" e, a tal fine, per l'anno 2009, si istituisce il vincolo di una quota di 10 milioni di euro.

5.1 Biobanche di sangue cordonale

Le biobanche di sangue cordonale attive sul territorio nazionale svolgono la propria attività in termini di raccolta, conservazione e distribuzione di cellule staminali emopoietiche per trapianto "allogeneico" o per trapianto "dedicato", come previsto dalla normativa vigente in materia. La donazione a uso privato o "autologa", cioè il deposito di cellule del sangue placentare per poterne fare un uso personale in caso di necessità, è tuttora vietata in Italia, oltre che non raccomandata dalle evidenze scientifiche (ribadito dall'ordinanza ministeriale del 26/02/2009).

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche (CSE) rappresenta, da anni, la terapia di elezione per il trattamento di numerose malattie ematologiche e non (leucemie, linfomi, mielomi, malattie congenite del metabolismo, immunodeficienze, malattie autoimmuni, tumori solidi). E' necessario incrementare l'attività di raccolta e di conservazione del sangue cordonale volontariamente donato ad uso trapiantologico, per far fronte all'aumento del fabbisogno

nazionale e internazionale in questo settore terapeutico. Tale incremento può essere realizzato:

- attraverso un potenziamento delle biobanche già attive, inteso come rafforzamento delle strutture esistenti, consentendone il funzionamento h24, sette giorni su sette;
- attraverso l'estensione dell'attività di raccolta presso tutti i punti nascita del territorio nazionale;
- attraverso campagne informative che, con l'ausilio di locandine e opuscoli informativi negli ospedali, nei consultori, negli ambulatori dei medici di famiglia e dei pediatri, nelle scuole e università della Regione, informino e rendano consapevoli i cittadini, del valore della donazione, ma anche che evitino equivoci sul destino del materiale donato e su eventuali benefici di ritorno.

Inoltre va favorita la raccolta di sangue cordonale per la conservazione ad uso "dedicato" in presenza di patologie di familiari di tipo genetico o di malattie genetiche nell'ambito del contesto familiare.

5.2 Biobanche di tessuto muscolo – scheletrico

Sempre più frequentemente situazioni in cui si assiste a perdita di matrice ossea per cause diverse (patologie congenite, degenerative o post traumatiche, asportazione di segmenti ossei per patologie tumorali) richiedono l'utilizzo di tessuto osseo, da donatore allogenico o autologo, sottoposto a manipolazioni diverse.

L'attività delle biobanche di tessuto muscolo-scheletrico necessita di una migliore definizione e regolamentazione, non tanto per quanto attiene all'utilizzo di osso congelato, quanto in relazione alla necessità di incrementare la produzione di alcune filiere produttive (osso liofilizzato, pasta d'osso) nel rispetto dei requisiti di qualità e sicurezza introdotti dalle normative nazionali ed europee.

La rete, che vede coinvolti da una parte le banche e dall'altra gli utilizzatori (ortopedici, dentisti e chirurghi maxillo-facciali), deve essere oggetto di maggiore sviluppo, controllo ed integrazione. Questa necessità scaturisce anche dalle segnalazioni di acquisizione di tessuto osseo, non sempre autorizzate dalle autorità competenti, da parte di ditte private estere che commercializzano i loro prodotti in Italia.

E' necessario, dunque:

- incrementare le banche dell'osso per realizzare due obiettivi, uno prettamente economico, legato al risparmio per l'acquisizione di tessuto all'estero e l'altro, ancora più importante, legato alle caratteristiche di sicurezza e di qualità del tessuto raccolto in Italia. Infatti queste banche, come tutte quelle presenti sul territorio italiano, sono oggetto di controlli, da parte del Centro Nazionale Trapianti, per la verifica della conformità delle procedure e del servizio erogato in base a requisiti definiti in specifiche Linee guida, che si rifanno alla normativa nazionale ed europea in materia. Al fine di consentire l'aumento della produzione e la riduzione di importazioni improprie dall'estero, si ritiene necessaria la creazione di un consorzio di produttori italiani di tessuto osseo.
- porre in essere una attività di informazione, comunicazione e sensibilizzazione sull'argomento, la più capillare possibile, diretta agli utilizzatori (ortopedici, dentisti e chirurghi maxillo-facciali) al fine di ridurre le importazioni improprie dall'estero.

5.3 Biobanche oncologiche per la conservazione e lo studio di materiale oncologico

La conservazione e lo studio di materiale di natura oncologica appare un settore di grande interesse non solo per motivi diagnostici, grazie a studi morfologici e analisi di marker effettuati con tecniche di istoimmunologia e biologia molecolare, ma soprattutto per la possibilità di effettuare studi di farmacogenomica, dedicati allo studio della analisi genetica e della risposta biologica del singolo paziente ad uno specifico farmaco antitumorale.

L'impostazione su scala ampia di un programma in questo settore richiede la realizzazione di una rete di biobanche oncologiche, qualificati centri selezionati in grado di conservare un elevato numero campioni in modo standardizzato e di renderli disponibili per ricerca e per diagnostica secondo modalità uniformi e condivise.

E' pertanto necessario:

- regolamentare le modalità di raccolta e conservazione di cellule e tessuti neoplastici a scopo di diagnosi e di ricerca;
- definire gli elementi della rete in numero non superiore a 5-6 unità, verificando che ciascuno di essi operi secondo criteri standardizzati sia in termini di acquisizione e rilascio dei campioni che di qualità, sicurezza e tracciabilità;
- definire un sistema di governance della rete che individui come competent authority il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali e le Regioni in modo analogo a quanto avviene per le biobanche terapeutiche.

6. LA SANITA' PENITENZIARIA

Il riordino della Sanità Penitenziaria sancito dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230 e dal DPCM 1 aprile 2008, nel trasferire al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie gestite dal Ministero della Giustizia, si pone sulla scia del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, completando un tassello giuridico che dà finalmente attuazione al dettato costituzionale che vuole che, in termini di prestazioni sanitarie, i diritti dei detenuti e degli internati siano identici a quelli di cui godono i cittadini in stato di libertà.

Le linee guida che costituiscono parte integrante del citato DPCM non nascondono certo le difficoltà di una operazione di questa dimensione, anzi le evidenziano dettagliatamente.

In termini sintetici, si potrebbero così riassumere:

- nel mondo delle carceri si concentrano problemi psicologici, clinici, sociali complessi e particolari, non tutti adeguatamente conosciuti, con gradi di prevalenza spesso drammatici, presenti in modo sporadico nel resto della società;
- la fusione tra la cultura del personale sanitario proveniente dal Ministero della Giustizia e di quello proveniente dalle ASL non si presenta priva di problematiche, al di là della volontà reciproca di collaborazione e integrazione. Ciascuno di questi mondi è portatore di esperienze che all'altro sono meno familiari ed ambedue presentano carenze comuni quanto a conoscenza e gestione di problematiche ancora poco approfondite a livello clinico, psicologico e sociale. Se questa fusione non si realizzasse adeguatamente, la sanità penitenziaria avrebbe solo cambiato il soggetto che la gestisce, soffocata dalle attuali insufficienze, e si perderebbe anche l'occasione di proficue sinergie che potrebbero condurre ad una sensibile contrazione del costo del sistema.
- le infrastrutture trasferite al SSN, realizzate per raggiungere obiettivi diversi, potrebbero mostrarsi parzialmente o totalmente inadeguate, richiedere adeguamenti lunghi e costosi e, conseguentemente, transitori da gestire e potenziali conflitti di competenze tra soggetti e istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena;

- la scarsa conoscenza di dati epidemiologici sistematici sulle patologie prevalenti e dei fattori di rischio specifici che sono causa delle patologie, rendono difficoltosa l'organizzazione di corsi di formazione adeguati;
- la crescita esponenziale della popolazione immigrata detenuta, pone drammaticamente nuove domande per rispondere alle quali è assente una specifica formazione, carente l'apporto dei mediatori culturali, ignoto il tessuto religioso e culturale del paziente.

Una risposta globale e coerente al tema in questione richiede tempo, impegno, risorse culturali ed economiche e, probabilmente, potrebbe risultare velleitario volerne affrontare contemporaneamente tutti gli aspetti. Ferma quindi restando la libertà decisionale delle Regioni in merito al percorso da seguire per dare piena attuazione al disposto di cui al DPCM già citato, ed al netto delle indicazioni emergenti dal tavolo di consultazione istituito presso la Conferenza unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, si suggeriscono alcune priorità e precisamente:

6.1 la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole

Le detenute costituiscono una minoranza della popolazione carceraria ma gli elementi a disposizione sembrano evidenziare l'emergere di aspetti di marcata fragilità, soprattutto psicologica, nei confronti dei vincoli legati alla detenzione in particolare per le molte che provengono da situazione di disagio sociale, con problemi di tossicodipendenza o affette da malattie virali o a trasmissione sessuale. Al di là dei programmi comuni a tutta la popolazione carceraria, vanno quindi messi a punto percorsi mirati, di tipo sanitario (controlli di carattere ostetrico/ginecologico, prevenzione e profilassi dei tumori dell'apparato genitale e della mammella), di informazione sulla salute della donna, sulle strutture su cui potere contare alla fine della detenzione (consultori, punti nascita, ambulatori) e sui diritti che la legge garantisce loro in quanto donne e madri, di preparazione al parto, di sostegno ad uno sviluppo corretto del bambino (certamente l'aspetto più delicato) attraverso adeguata assistenza pediatrica ed idonei servizi di puericultura.

Le Regioni sono quindi invitate a formulare progetti che, in relazione alle specificità proprie degli istituti penitenziari che insistono sul territorio, realizzino la presa in carico di questi pazienti dal loro ingresso fino al loro reinserimento a pieno titolo nella società.

6.2 la salute mentale

I disturbi della personalità sono una realtà largamente diffusa negli istituti: vanno da uno stato generale di depressione a patologie mentali gravi ed alimentano un tasso di suicidi o tentati suicidi preoccupante.

Se si escludono i detenuti sottoposti a ricovero in OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) o in una CCC (Case di Cura e Custodia), la maggior parte di queste patologie si manifesta nel corso della misura detentiva il che già richiede urgenti e penetranti interventi preventivi per la rimozione dei fattori oggettivi ed ambientali che ne costituiscono una concausa, sempre entro limiti che non pregiudichino la sicurezza.

Tuttavia, a valle di questa considerazione, è necessaria un'azione costante di sorveglianza, individuazione precoce, cura e riabilitazione del malato che non si esaurisca alla scadenza della pena ma prosegua sul territorio a carico delle strutture esistenti ed a ciò dedicate, fino al recupero sociale del paziente.

Alle regioni, pertanto è richiesto di indirizzare la propria progettualità anche su queste tematiche.

Per quanto attiene infine alle problematiche di integrazione tra DSM e OPG, le regioni potranno presentare progetti in coerenza con l'allegato C al DPCM 1 aprile 2008 e con le

linee indicate per tale argomento nel Decreto Ministeriale 23 dicembre 2008 (G.U. n. 56 del 9 marzo 2009).

6.3 la salute dei minori

E' di tutta evidenza che i minori sottoposti a provvedimenti penali sono parte inalienabile di quel patrimonio nazionale costituito dai giovani, uniche vere risorse a cui può attingere il futuro del Paese. Pertanto, la loro salute fisica e psichica ed il loro pieno reinserimento sociale debbano essere posti come obiettivi primari etici ancor prima che giuridici da perseguire con assoluta tenacia. Ogni ragazzo non recuperato è di fatto un impoverimento per il Paese oltre a costituire, in prospettiva, un problema.

Si auspica pertanto che le Regioni mettano a punto progetti nei confronti dei minori idonei, fin dal momento dell'ingresso negli istituti, a guarire le loro infermità fisiche e mentali e ad insegnare loro come prevenirle, a liberarli dalle tossicodipendenze, dalle malattie infettive e dall'angoscia, a rassicurarli che, una volta usciti, non saranno abbandonati ma presi in carico da strutture che li accompagneranno verso il pieno recupero sociale, purchè a tutto ciò essi stessi collaborino attivamente.

E' appena il caso di accennare al ruolo centrale che, in questi progetti, gioca la preparazione professionale del personale impegnato a qualunque livello e a come tale preparazione richieda un continuo aggiornamento.

6.4 sistema informativo

Per il successo di quanto previsto nel citato DPCM è fondamentale acquisire, disporre, scambiare, elaborare informazioni all'interno delle ASL, in ambito regionale, tra Regione e Regione e tra Regioni e Stato, il che sarebbe estremamente macchinoso se non impossibile senza l'ausilio di un sistema informativo. Già la complessità insita in una rilevazione epidemiologica sistematica negli istituti, che fornisca ed aggiorni dati sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici e sulle condizioni che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura, al fine di tarare gli interventi da compiere e le risorse da impegnare fa comprendere l'essenzialità dello strumento informatico.

Anche la gestione della cartella clinica, consultabile da personale esterno ed interno agli istituti, che segue il detenuto nei trasferimenti in altre regioni e che infine va alle strutture che prendono in carico il paziente sul territorio dopo la sua liberazione, sembra molto difficoltosa con il vecchio supporto cartaceo e renderebbe quasi impossibile, o comunque lento e costoso, un monitoraggio relativo all'efficacia e all'efficienza degli interventi.

Si invitano pertanto le Regioni a presentare progetti in tal senso; tali progetti, tra l'altro debbono garantire la possibilità che ogni sistema informatico possa colloquiare con tutti gli altri, compreso il costituendo sistema nazionale, in modo da diventare una rete nazionale a disposizione degli operatori e dei ricercatori.

La flessibilità nella costruzione e nella gestione dei report costituirebbe certamente un elemento di pregio di tali sistemi che, oltretutto, potrebbero costituire un primo nodo da ampliare per inglobarvi altre problematiche del SSN per le quali l'informatizzazione è fortemente auspicata.

7. L'ATTIVITÀ MOTORIA PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE E PER IL MANTENIMENTO DELL'EFFICIENZA FISICA NELL'ANZIANO

Il tema delle malattie croniche e, in particolare, dell'assistenza sanitaria alla popolazione anziana va acquisendo progressivamente rilevanza sia per l'aumento dei cittadini che sono affetti da tali patologie o appartenenti a questa fascia d'età, sia per le crescenti possibilità tecnologiche in campo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che si rendono disponibili per molte malattie cronicodegenerative.

Gli effetti positivi dell'attività fisica sulla patologia cronica non trasmissibile, da quella cardiovascolare, al diabete, all'obesità, alla osteoporosi e ad alcune patologie neoplastiche quali il cancro del colon e della mammella, sono solidamente documentati.

L'attività fisica non è solo un efficace strumento di prevenzione, ma anche una precisa strategia di intervento nei confronti di persone con svariate patologie, al punto che l'esercizio fisico dovrebbe essere inserito nel normale iter terapeutico per il trattamento di queste patologie.

Secondo i dati ONU della popolazione, presentati in occasione della seconda Assemblea Mondiale, tenutasi a Madrid nel 2002 e confermate dalla conferenza di Leon nel novembre 2007 riguardante l'area europea, la classifica dei Paesi più vecchi vede al primo posto l'Italia con una percentuale di popolazione anziana del 25%. I dati ISTAT attestano, al 1 gennaio 2005, che la popolazione italiana al di sopra dei 65 anni è superiore a 11 milioni e la percentuale della popolazione over 80, i grandi vecchi, è in aumento. Per il 2050 è previsto, inoltre, un ulteriore aumento soprattutto della fascia di età compresa fra i 75 e i 79 anni. Ad un allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della non autosufficienza aggravata dalla presenza di pluri-patologie con conseguente possibile isolamento sociale. Nei paesi industrializzati, il 65% circa delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale e circa il 70% della spesa farmaceutica viene utilizzato per l'assistenza delle persone anziane. Questa rapida crescita del fenomeno di invecchiamento impone un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politiche socio-sanitarie tese a favorire la realizzazione di interventi che migliorino la qualità della vita delle persone anziane e diminuiscano i costi dell'assistenza.

Una vita attiva nell'anziano è lo strumento migliore per prevenire molte patologie. La letteratura su questi argomenti è ormai vastissima e consolidata nel tempo.

In generale sono state documentate significative relazioni positive fra regolare attività fisica aerobica e riduzione della patologia cardiovascolare, del diabete, dell'obesità, miglioramento dello stato cognitivo dell'umore e del "sentirsi bene" in generale, fino alla osteoporosi e ad alcune patologie neoplastiche, quali cancro del colon e della mammella.

La pratica di un'attività fisica costante può dunque rappresentare un importantissimo strumento, in tutte le età della vita, per prevenire l'insorgenza di molte patologie e per prolungare, nella fase dell'invecchiamento, lo stato di benessere e autonomia e per favorire il mantenimento delle relazioni sociali.

Al fine di favorire l'attività fisica in tutte le fasce di età e, in particolare, per gli anziani, si rende necessario individuare, a livello regionale e locale, le modalità, le strutture e le opportunità offerte dal territorio per praticare attività fisica, secondo i seguenti obiettivi:

- attivare programmi di formazione per il personale dedicato, sui diversi contenuti e le diverse metodologie per la promozione della attività fisica (operatori del SSN, insegnanti di educazione fisica e operatori delle associazioni ed enti operanti in campo sportivo, associazioni, cittadini competenti, ...);
- favorire la diffusione di interventi di contrasto della sedentarietà e di promozione di stili di vita attivi, sulla popolazione in generale e su gruppi a rischio, utilizzando le metodologie dotate di maggiore efficacia;
- sviluppare e sostenere un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e sugli stili di vita degli anziani, che comprenda anche i temi della alimentazione e della attività fisica;

- favorire l'attività fisica ed eventualmente la pratica sportiva delle persone anziane, facilitando l'accessibilità economica e logistica ai servizi ed agli impianti, garantendo le fasce economicamente più deboli, al fine di ridurre le disuguaglianze e l'esclusione sociale di alcuni gruppi di cittadini;
- aumentare la forza e la coerenza dei messaggi informativi/formativi al fine di coinvolgere un numero sempre maggiore di persone in una regolare attività fisica, anche attraverso l'uso dei mezzi di comunicazione più utilizzati dagli anziani;
- promuovere cultura e legislazione, al fine di modificare l'ambiente urbano in senso favorevole alla pratica della attività fisica, di migliorare l'accessibilità "car-free" a luoghi e servizi, di aumentare la sicurezza percepita nelle strade, di contrastare l'ambiente costruito che induce sedentarietà.

Queste azioni sono rivolte soprattutto alle persone senza importanti patologie conclamate e con condizioni di rischio (obesità, dislipidemia, ipertensione, diabete, abitudine al fumo, ecc) moderate, che possono accedere alle iniziative presenti sul territorio direttamente e/o attraverso la presa in carico da parte dei MMG.

Non dobbiamo però dimenticare che l'attività fisica non è solo un efficace strumento di prevenzione, ma anche una precisa strategia di intervento nei confronti di persone con svariate patologie: pertanto le persone con patologie conclamate o fattori di rischio importanti, e gli anziani più o meno limitati nelle loro attività, possono giovare di una vera e propria "prescrizione di attività fisica" effettuata direttamente dal MMG.

Nonostante le solidissime evidenze scientifiche, il tema della promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e della "prescrizione dell'attività fisica" per le persone a rischio più elevato resta una delle aree di intervento più sottovalutate in seno al Sistema Sanitario Nazionale; è pertanto necessario sviluppare sperimentazioni relative all'introduzione di tale pratica in aree del Paese in cui esistono condizioni favorevoli per avviare tale percorso, sottoponendo i risultati raggiunti ad una rigorosa valutazione di efficacia e di costo-efficacia in vista di un'eventuale estensione di tali programmi.

8. PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

Il PNP 2005-2007 si è sviluppato, coerentemente con gli obiettivi della politica sanitaria del Paese, parallelamente ad altre importanti iniziative: dal programma Guadagnare salute (dm 4 maggio 2007) al piano nazionale screening 2007-2009.

La sua attuazione ha visto le regioni fortemente impegnate con importanti iniziative volte al conseguimento di risultati non solo in aree carenti di intervento, ma anche in altri campi con il coinvolgimento e la partnership del mondo professionale.

Per l'anno 2008, Governo, Regioni e Province autonome hanno condiviso l'opportunità, in vista della elaborazione della proposta di PNP 2009-2011, di prorogarne la vigenza, mantenendo inalterati obiettivi e modalità di finanziamento.

Per l'anno 2009, in vista della prossima emanazione del nuovo Piano si ritiene di dare alle Regioni l'opportunità di completare e consolidare i programmi in corso di attuazione, ma anche, ove l'emanazione del nuovo Piano lo consenta, di riallineare i propri programmi per il perseguimento degli obiettivi in esso individuati.

9. TUTELA DELLA MATERNITA' E PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DEL PERCORSO NASCITA

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 Italia, negli ultimi 40 anni, si sono verificati notevoli cambiamenti:

- diminuzione drastica della natalità in lieve ripresa solo negli ultimissimi anni per la nascita di bimbi stranieri;
- aumento dell'età minima delle primipare a oltre 28 anni;
- il tasso di gravidanze in età adolescenziale è meno del 2%, fra i più bassi in Europa, ed è in continua diminuzione;
- l'incidenza dei neonati di basso peso si è ridotta al 6% raggiungendo, così, il valore medio europeo;
- la mortalità perinatale (nati morti e morti a meno di una settimana di vita per 1000 nati vivi) e la mortalità infantile (morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi) è in costante diminuzione ma sussistono notevoli differenze fra le regioni del Nord - Centro Italia e il Sud ove la mortalità è più elevata;
- la mortalità materna (morti materne su 100000 nati vivi) si è ridotta da 53,6 per 100000 nati vivi nel 1970 a 5,6 nel 1995 e continua a decrescere. La riduzione è continua e progressiva in tutte le ripartizioni geografiche con il trascorrere degli anni. Tutto ciò è sicuramente da mettere in relazione al fatto che ormai da molti anni, in Italia, si sta cercando di identificare precocemente le gravidanze a rischio affinché vengano trasferite, per tempo, in U.O. di III livello;
- riduzione notevole, di oltre il 40%, del tasso di abortività;
- aumento esponenziale del ricorso al taglio cesareo dal 1994 ad oggi;
- il tasso di ospedalizzazione dei bambini è ancora troppo alto;
- la rete ospedaliera pediatrica è ancora ipertrofica;
- i punti nascita con meno di 500 parti l'anno sono ancora molto numerosi;
- la guardia attiva h 24, sia medico – ostetrica che medico – pediatrica, non è garantita in tutti i punti nascita presenti sul territorio;
- sei regioni non hanno ancora attivato il Servizio del Trasporto Assistito del Neonato in Emergenza (STEN) e quattro hanno una copertura solo parziale; otto regioni non hanno ancora provveduto ad una normativa in materia di trasporto in utero: Trasporto Assistito Materno (STAM).

Alla luce di queste considerazioni e al fine di dare attuazione al Piano Sanitario Nazionale (PSN) ed al Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI), nonché di uniformare su tutto il territorio nazionale le prestazioni a tutela della donna e del bambino, le Regioni e le Province autonome possono predisporre progetti finalizzati a :

9.1 Favorire il parto naturale

La gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile con conseguenze gravi per la donna, il nascituro ed il neonato. E' necessario che:

- ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato di assistenza ostetrica e pediatrica - neonatologica.
- vi sia la massima corrispondenza tra necessità assistenziali della singola persona e appropriatezza ed efficacia delle cure erogate
- l'offerta dei servizi ostetrici e pediatrici – neonatologici, nella rete regionale, sia rispondente all'organizzazione articolata su tre livelli (I livello-consultori familiari; II livello- ambulatori specialistici del Distretto e dell'Ospedale; III livello- U.O.C. Ospedaliera) .

- venga posta, particolare attenzione, in sede di programmazione regionale, affinché si consegua una uniformità di livello assistenziale tra U.O. ostetriche e U.O. neonatologiche - pediatriche.

9.2 Umanizzare l'evento nascita

Attraverso il miglioramento dell'assistenza ostetrico e pediatrica-neonatologica che, colmando le disuguaglianze esistenti tra le Regioni, deve prevedere:

- il parto indolore;
- l'allattamento materno precoce;
- il rooming-in.

9.3 Ridurre la mortalità neonatale e materna:

- ottimizzando il numero dei reparti pediatrici e dei punti nascita (riducendo il numero di punti nascita con meno di 500 parti l'anno);
- concentrando le gravidanze a rischio e programmando per tempo l'invio della partoriente in una struttura di terzo livello;
- attivando, nei punti nascita, una guardia attiva, medico-ostetrico e pediatrica -neonatologica, 24 ore su 24.

In tutto il percorso assistenziale particolare attenzione va posta alla sempre maggiore presenza di cittadini non italiani, in particolare extracomunitari. A queste donne deve essere garantita la comunicazione interculturale e la garanzia di assistenza specialistica nei casi di portatrici di mutilazioni genitali.

9.4 Trasporto neonatale

Il trasporto della gravida e del neonato deve essere considerato una componente essenziale di un piano di regionalizzazione delle cure perinatali.

Devono quindi essere attivati e completati:

- il sistema di Trasporto in Emergenza Neonatale (S.T.E.N.) collegato con le reti regionali dell'emergenza - urgenza sanitaria (118).

Quando le condizioni che hanno richiesto il trasferimento del neonato si sono risolte, deve essere previsto il suo ritorno presso l'Ente trasferente, al fine di ridurre i disagi organizzativi delle famiglie ed i costi assistenziali.

- il Servizio di Trasporto Assistito Materno (S.T.A.M.) che deve essere realizzato sulla base di un collegamento funzionale tra strutture territoriali e strutture di ricovero, collegate in rete tra loro e con le reti regionali dell'emergenza - urgenza sanitaria territoriale (Servizio 118).

Vanno programmati, inoltre corsi di formazione per il personale, medico e non, addetto all'attività di trasporto, rivolti preferibilmente a personale con esperienza di terapia intensiva neonatale, il trasporto infatti non può essere affidato ai punti nascita periferici che ne fanno richiesta.

10. ULTERIORI PROGETTUALITA' CANDIDABILI AL COFINANZIAMENTO

In considerazione che la Legge 24.12.2007 n. 244 (Legge finanziaria 2008) art. 2 comma 374, nel riconfermare per gli anni 2008-2009 lo stanziamento di 60,5 milioni di euro già previsto dall'art.1 co. 806 della legge 27.12.2006 n. 296, indica specifiche linee progettuali ai fini del cofinanziamento dei progetti regionali. Si ritiene di indicare che ai fini dell'accesso a tale cofinanziamento per l'anno 2009, le Regioni, oltre alle tematiche già trattate nelle presenti linee guida e corrispondenti ai punti *a)* ed *e)* del comma 374 Legge finanziaria 2008 concernenti rispettivamente la “*sperimentazione del modello assistenziale case della salute*” e la “*promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici*”, possono attivare progettualità relative ai seguenti punti indicati nella stessa disposizione normativa:

b) malattie rare; c)implementazione della rete delle unità spinali unipolari e delle strutture per gravi pazienti cerebrolesi; d) attuazione del Patto per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro; f)attuazione del documento programmatico “ Guadagnare salute – rendere facili le scelte salutari”.

TABELLA 1

Linea progettuale 1: “Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie”

REGIONI	Popolazione riparto 2009	somma disponibile spettante
PIEMONTE	4.401.266	738.229
VAL D'AOSTA	125.979	21.131
LOMBARDIA	9.642.406	1.617.330
BOLZANO	493.910	82.844
TRENTO	513.357	86.106
VENETO	4.832.340	810.533
FRIULI	1.222.061	204.977
LIGURIA	1.609.822	270.017
EMILIA R.	4.275.802	717.184
TOSCANA	3.677.048	616.755
UMBRIA	884.450	148.350
MARCHE	1.553.063	260.497
LAZIO	5.561.017	932.755
ABRUZZO	1.323.987	222.074
MOLISE	320.838	53.814
CAMPANIA	5.811.390	974.750
PUGLIA	4.076.546	683.763
BASILICATA	591.001	99.129
CALABRIA	2.007.707	336.755
SICILIA	5.029.683	843.634
SARDEGNA	1.665.617	279.376
TOTALE	59.619.290	10.000.000

TABELLA 2**Linea progettuale 2: “Interventi in materia di Biobanche di materiale umano”**

REGIONI	Popolazione riparto 2009	somma disponibile spettante
PIEMONTE	4.401.266	1.107.343
VAL D'AOSTA	125.979	31.696
LOMBARDIA	9.642.406	2.425.995
BOLZANO	493.910	124.266
TRENTO	513.357	129.159
VENETO	4.832.340	1.215.799
FRIULI	1.222.061	307.466
LIGURIA	1.609.822	405.025
EMILIA R.	4.275.802	1.075.776
TOSCANA	3.677.048	925.132
UMBRIA	884.450	222.524
MARCHE	1.553.063	390.745
LAZIO	5.561.017	1.399.132
ABRUZZO	1.323.987	333.110
MOLISE	320.838	80.722
CAMPANIA	5.811.390	1.462.125
PUGLIA	4.076.546	1.025.644
BASILICATA	591.001	148.694
CALABRIA	2.007.707	505.132
SICILIA	5.029.683	1.265.450
SARDEGNA	1.665.617	419.063
TOTALE	59.619.290	15.000.000

TABELLA 3**Linea progettuale 4 : “Cure palliative e terapia del dolore”**

REGIONI	Popolazione riparto 2009	somma disponibile spettante
PIEMONTE	4.401.266	7.382.285
VAL D'AOSTA	125.979	211.306
LOMBARDIA	9.642.406	16.173.299
BOLZANO	493.910	828.440
TRENTO	513.357	861.059
VENETO	4.832.340	8.105.330
FRIULI	1.222.061	2.049.774
LIGURIA	1.609.822	2.700.170
EMILIA R.	4.275.802	7.171.843
TOSCANA	3.677.048	6.167.547
UMBRIA	884.450	1.483.496
MARCHE	1.553.063	2.604.967
LAZIO	5.561.017	9.327.547
ABRUZZO	1.323.987	2.220.736
MOLISE	320.838	538.145
CAMPANIA	5.811.390	9.747.500
PUGLIA	4.076.546	6.837.629
BASILICATA	591.001	991.292
CALABRIA	2.007.707	3.367.546
SICILIA	5.029.683	8.436.335
SARDEGNA	1.665.617	2.793.755
TOTALE	59.619.290	100.000.000

TABELLA 4**Linea progettuale 8: “Piano nazionale di prevenzione”**

REGIONI	Popolazione riparto 2009	somma disponibile spettante
PIEMONTE	4.401.266	17.717.484
VAL D'AOSTA	125.979	507.134
LOMBARDIA	9.642.406	38.815.917
BOLZANO	493.910	1.988.256
TRENTO	513.357	2.066.541
VENETO	4.832.340	19.452.791
FRIULI	1.222.061	4.919.459
LIGURIA	1.609.822	6.480.407
EMILIA R.	4.275.802	17.212.424
TOSCANA	3.677.048	14.802.114
UMBRIA	884.450	3.560.391
MARCHE	1.553.063	6.251.921
LAZIO	5.561.017	22.386.112
ABRUZZO	1.323.987	5.329.766
MOLISE	320.838	1.291.547
CAMPANIA	5.811.390	23.393.999
PUGLIA	4.076.546	16.410.310
BASILICATA	591.001	2.379.100
CALABRIA	2.007.707	8.082.110
SICILIA	5.029.683	20.247.204
SARDEGNA	1.665.617	6.705.012
TOTALE	59.619.290	240.000.000